

Kipu jatkuu, jatkuuko hoito?

Kroonisen kipupotilaan unelmat kivunhoidon jatkuvuudesta Lapin Sairaanhoidopiirissä

Heli Rousu

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2016

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Kliininen asiantuntija

Tekijä(t) Rousu, Heli	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Päivämäärä 6.6.2016
	Sivumäärä 57+7	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Kipu jatkuu, jatkuuko hoito? – Kroonisen kipupotilaan unelmat kivunhoidon jatkuvuudesta Lapin Sairaanhoidopiirissä		
Tutkinto-ohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Heikkilä, Johanna Holma, Sinikka		
Toimeksiantaja(t) Lapin Sairaanhoidopiiri		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kroonista kipua voidaan pitää kansansairautena, koska yli puoli miljoonaa suomalaista kärsii jonkinlaisesta pitkäaikaisesta kipuoireesta. Sen aiheuttamat taloudelliset kustannukset ovat valtavat sekä Euroopassa että maailmalla. Kroonista kipua sairastavien ihmisten kärsimys on mittavista toimenpiteistä huolimatta edelleen suuri ongelma.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli kipupotilaiden kivunhoidon jatkuvuuden unelmia selvittämällä tuottaa asiakaslähtöistä tietoa kivunhoidon jatkuvuuden kehittämiseksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon palvelujen piiriin.</p> <p>Kohderymänä olivat kroonisesta kivusta kärsivät kipupotilaat, jotka olivat hoidossa erikoissairaanhoidossa. Heidän hoitotasapainonsa oli siinä vaiheessa, että heidät oltiin valmiit siirtämään takaisin perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Potilaita oli yhteensä 12. Tutkimus toteutettiin Tulevaisuuden muistelu – työmenetelmää käyttäen. Se on dialoginen ratkaisukeskeinen menetelmä, jossa tulevaisuuteen eläytymällä etsitään ratkaisuja esillä olevaan ongelmaan.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena saatiin kipupotilaiden unelmat kivunhoidon jatkuvuudesta, jotka koostuivat neljästä eri alueesta. Niitä olivat huolet siirryttäessä perusterveydenhuollon palvelujen piiriin, aiemmat kokemukset hyvästä kivunhoidon palvelukokonaisuudesta, unelmien palvelukokonaisuus kivunhoidossa sekä unelmien kivunhoito. Unelmien palvelukokonaisuudessa otettiin huomioon niin potilasasiakirjojen hyödyntäminen, hoitosuunnitelma, ammatillaiset sekä ryhmätoiminta ja vertaistuki. Unelmien kivunhoito koostui oman kivun hallinnasta sekä kivunhoidon tuesta ja tuen muodoista. Johtopäätöksenä voitiin todeta, että kivunhoidon jatkuvuuden unelmia asiakaslähtöisesti selvittämällä saatiin arvokasta tietoa kivunhoidon jatkuvuuden kehittämiseksi alueellisena yhteistyönä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) krooninen kipu, asiakaslähtöisyys, kivunhoidon jatkuvuus, muistelutyömenetelmä		
Muut tiedot		

Description

Author(s) Rousu, Heli	Type of publication Master's thesis	Date 6.6.2016
	Number of pages 57+7	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication The pain continues, how about care? – Dreams of chronic pain patient about the continuity of pain care in the Lapland Hospital District		
Degree programme Clinical Nursing Specialist		
Supervisor(s) Heikkilä, Johanna Holma, Sinikka		
Assigned by Lapland Hospital District		
<p>Description</p> <p>Chronic pain can be regarded as a national disease because almost half a million Finns suffer from some kind of a chronic pain symptom. The related economic costs are enormous both in Europe and worldwide. The suffering caused by chronic pain is still a major problem despite the significant actions taken.</p> <p>The objective of the study was to examine the dreams of chronic pain patients and produce client-oriented information for the development of the continuity of pain care when the patient is transferred from special health care to the domain of primary health care. The target research group consisted of patients suffering from chronic pain in special health care. Their treatment had come to a point where they were ready to be transferred back to the domain of the primary health care services. The number of the patients was twelve. The study was implemented by using the Reminiscence of Future –method. It is a dialogical problem-based method in which solutions to an existing problem are sought by thinking about the future.</p> <p>The results of the study were the patients' dreams about the continuity of their pain care, and the dreams consisted of four different areas. They were the worries at the beginning of the primary health care services, the previous good experiences of pain care, an ideal set of services in pain care and the dreams about the continuity of pain care. The ideal set of services in pain care included the utilization of the patient documents, a care plan, professionals as well as group activities and peer support. The dreams about the continuity of pain care included management of one's own pain and the different support forms of pain care. As a conclusion it could be stated that examining the dreams about the continuity of pain care with a client-oriented approach it was possible to produce valuable information about developing the continuity of pain care as regional co-operation.</p>		
Keywords (subjects) chronic pain, client orientation, continuity of pain care, reminiscence method		
Miscellaneous		

Sisältö

1 JOHDANTO.....	5
2 KIPU.....	6
2.1 Kivun fysiologia.....	6
2.2 Kivun luokittelu	7
2.3 Kivun kroonistuminen	8
2.4 Kroonisen kivun taakka	10
2.5 Kipuryhmätoiminta	13
3 KROONISEN KIVUNHOIDON MAHDOLLISUUDET PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA. 14	14
3.1 Perusterveydenhuollon tehtävä ja nykytila kivun hoidossa	14
3.2 Perusterveydenhuollon haasteet.....	17
3.3 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö	19
4 YKSILÖLLISYYS KIVUN HOITOTYÖSSÄ	20
4.1 Kivun hoitotyö	20
4.2 Kivunhoidon jatkuvuus.....	21
5 LAPIN SAIRAANHOITAPIIRIN ALUEELLINEN PALVELUJÄRJESTELMÄ	22
5.1 Lapin Sairaanhoidopiirin sosiaali- ja terveysalan näkymät ja haasteet	22
5.2 Kivunhoidon osaaminen.....	24
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	26
7 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN ETENEMINEN	26
7.1 Tulevaisuuden muistelu	26
7.2 Aineiston analysointi	28
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
8.1 Kipupotilaiden huolet.....	31
8.2 Kipupotilaiden kokemukset.....	35
8.3 Unelmien kivunhoidon palvelukokonaisuus	37
8.4 Unelmien kivunhoito.....	40

9 POHDINTA.....	43
9.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelu	43
9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	47
9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	51
LÄHTEET	53
LIITTEET	58
Liite 1. Kroonisen alaselkäpotilaan hoitoketju	58
Liite 2. Kivunhoidon suunnitelma.....	59
Liite 3. Saatekirje tutkimuksesta tutkittaville.....	61
Liite 4. Tiedote ja suostumus tutkimukseen osallistuvalla	62
KUVIOT	
KUVIO 1. Lapin Sairaanhoidopiiri	23
KUVIO 2. Kivunhoidon jatkuvuus	30
KUVIO 3. Kipupotilaiden huolet	31
KUVIO 4. Kipupotilaiden kokemukset	35
KUVIO 5. Kipupotilaiden unelmat palvelukokonaisuudesta	37
KUVIO 6. Kipupotilaiden unelmien kivunhoito	40
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Kivun muuttuminen pitkäaikaiseksi	9

1 JOHDANTO

Kroonista kipua voidaan pitää kansantautina, koska noin puoli miljoonaa suomalaista kärsii jonkinlaisesta pitkäaikaisesta kipuoireesta. Kroonisesta kivusta johtuvia masennuksen oireita on melkein yhtä monella. Kipupotilaiden terveydenhuollon menot ja menetetty työpanos aiheuttavat vuosittain miljardien eurojen kustannukset. (Granström 2010, 9.)

Euroopassa krooninen kipu koskettaa melkein 100 miljoonaa ihmistä. Vanhemman väestön osalta siitä kärsii puolet. Krooninen kipu aiheuttaa vuosittain 500 miljoonaa sairauspäivää maksaen Euroopan taloudelle runsaat 34 biljoonaa euroa. (SIP 2014.) On huolestuttavaa, että kroonisesta kivusta kärsivien ihmisten kivun lisääntymisestä huolimatta tiedon kulku ja vaadittavat toimenpiteet kivunhoidon parantamiseksi eivät etene yhtä nopeasti. Tämä on maailmanlaajuinen ongelma. Kansainvälinen Kivuntutkimusjärjestö, IASP, toimii ylimpänä kansainvälisenä järjestönä pyrkien edistämään tiedon kulkua ja toimenpiteitä kivunhoidon kehittämiseksi. Suomi yhtenä jäsenmaana on allekirjoittanut Montrealin julistuksen (Declaration of Montreal), jossa kivunhoitoon pääsy luetaan jokaisen ihmisoikeudeksi. (IASP.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kahden suljetun kivunhallintaryhmän kipupotilaiden unelmia kivunhoidon jatkuvuudesta. Kohderyhmänä olivat kroonisesta kivusta kärsivät potilaat, jotka olivat hoidossa erikoissairaanhoidossa ja joiden hoitotasapaino lääkityksen ja muiden hoitojen suhteen oli siinä vaiheessa, että heidät oltiin valmiit siirtämään takaisin perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Tavoitteena oli potilaiden kivunhoidon jatkuvuuden unelmia selvittämällä tuottaa asiakaslähtöistä tietoa kivunhoidon jatkuvuuden kehittämiseksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoitosta perusterveydenhuollon palvelujen piiriin.

2 KIPU

2.1 Kivun fysiologia

Kipu on epämiellyttävä aistimuksellinen ja tunneperäinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivourioon tai sitä voi kuvata kudosaivourion käsittein. Psykkisen asian aiheuttamaan kivun tuntemukseen ei liity kudosaivurio tai sen mahdollisuus, eikä myöskään patologinen syy, mutta sitä on silti pidettävä kipuna, jos asianomainen tuntemuksen niin ilmaisee. Kipu on subjektiivinen tuntemus. (IASP.)

Kipuärsytys siirtyy hermopäätteistä hermoärsytyksen signaalina selkäytimen etuosan hermoratoja pitkin kohti keskiaivoja, aivokuorta ja aivorunkoa (Granström 2010, 16; Kalso & Kontinen 2009, 76–77; Moseley & Flor 2012, 1; Vainio 2006, 28). Kivun havaitseminen ja kokeminen sekä sen laadun, voimakkuuden, keston ja paikan analysointi, tapahtuvat aivokuoressa, limbisessä järjestelmässä. Se on ihmisen tunnekokemuksia välittävä aivojen osa. Kivun kokeminen on yhteydessä kivun epämiellyttävyyteen, sen aiheuttamaan kärsimykseen ja ahdistukseen. (Vainio 2006, 28.) Vaikka kipu jo sanana koetaan epämiellyttäväksi, on akuutilla kivulla myös suojaava vaikutus. Se suojaa elämää ohjaamalla toimimaan siten, että elimistö ei vahingoitu. Kivun merkitys on elintärkeä ihmisten ja eläinten selviytymiselle. (Granström 2010, 9; Vainio 2006, 17.)

Keskushermostoon tuleva kipuärsyke vaikuttaa aivojen laajaan hermoverkoston. Hermoverkoston ja kudoksista tulevien kipuärsykkeiden vuorovaikutukseen voivat vaikuttaa kipua lieventävästi tai lisäävästi ihmisen omat kokemukset, stressin sietokyky, oppiminen ja odotukset. (Kalso & Kontinen 2009, 91; Vainio 2006, 28.) Tällä tavoin koettu kipu voidaan tietoisesti työntää hetkeksi taka-alalle pois tärkeämpien asioiden edeltä. Aivojen laskevat hermoradat ovat kipua estäviä ratoja, joilla voidaan osittain selittää psyyken ja kivun vuorovaikutuksia, esimerkiksi kilpailutilanteessa tai keskittymistä vaativassa suorituksessa, jossa aivojen erilaisten välittäjäaineiden avulla voidaan vähentää kivun voimakkuutta. Tietyt kipulääkkeet sekä sähköinen stimulaatio aiheuttavat myös kivun vähentymistä aktivoimalla laskevia ratoja. (Kalso & Kontinen 2009, 98; Vainio 2006, 29–30.)

2.2 Kivun luokittelu

Kipu on yksilöllinen kokemus ja monimutkainen ilmiö, johon vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Kivun luokittelussa voidaan käyttää monia eri tapoja. Akuutiksi kivuksi katsotaan alle kolme kuukautta kestävä kiputila ja krooniseksi yli kolme kuukautta kestävä kiputila. (Cox 2010, 36.)

Akuutin ja kroonisen kivun luokittelun lisäksi perinteisesti kipu on luokiteltu anatomisesti sen sijainnin perusteella tai jaoteltu somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Viskeraalinen kipu on peräisin sisäelimestä, joiden hermotuksesta autonominen hermosto vastaa. Kipu voidaan luokitella myös elinsysteemin mukaan esimerkiksi ruoansulatuselinten kiputiloihin tai vaskulaariseen kipuun. Aiheuttajan mukaan luokittelussa on määritelty kiputiloja kuten synnytyskipu, syöpäkipu, leikkauskipu tai rappeutumiseen liittyvä kipu. (Vainio 2009d, 151.)

IASP:n kroonisen kivun luokittelujärjestelmä sisältää yli 200 kipuoireyhtymän kuvaukset. Luokittelujärjestelmä tehtiin täydentämään kansainvälisen tautiluokituksen eli International Classification of Diseases, ICD-10, diagnoosiluetteloa. Molemmassa jaottelu perustuu etiologisten ja anatomisten elinsysteemien että kivun kestoon ja intensiteettiin perustuvien ryhmittelyjen mukaan. (Vainio 2009d, 150–151.)

Kiputilojen mekanismiin perustuva luonnollinen luokitus sisältää käsitteet nosiseptiivinen kipu eli kudonvaurion aiheuttama kipu, neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu sekä idiopaattinen kipu eli potilaalla ei voida todeta kipua selittävää kudon- tai hermovauriota. Kudonvaurion aiheuttamassa kivussa yleensä kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on terve. Kudoksen sisällä nosiseptiivisen kivun aiheuttaja voi tyypillisesti olla tulehdus, iskemia tai tuumori. Viskeraalinen kipu sisäelimissä on yleensä nosiseptiivista kipua. Hermovauriokivussa vika on kipua välittävässä hermojärjestelmässä, koska hermosolut ovat herkistyneet reagoimaan ärsykkeisiin, jotka eivät normaalisti aiheuta kipua. Hermovaurio voi johtaa kivun kroonistumiseen. Vaurio voi olla perifeerinen eli ääreishermostossa sijaitseva kuten diabeettisessa neuropatiassa tai sentraalinen, keskushermoston alla toimiva, kuten aivohalvauksen aiheuttama kiputila tai näiden kahden yhdistelmä. (Vainio 2009d, 154–157.)

Idiopaattisesta kivusta kärsivälle ihmiselle tehtyjen lääketieteellisten tutkimusten perusteella ihminen vaikuttaa terveeltä, mutta kipu vain jatkuu (Haanpää 2010; Vainio 2006, 35). Psykyen osuus jää idiopaattisen kivun etiologiassa kiistanalaiseksi asiaksi, mutta toisaalta kivun kokeminen vaatii psykyen läsnäoloa. Elimellinen ja psyykkinen kipu eivät ole toisiaan poissulkevia vaihtoehtoja. Nykytiedon valossa tällainen jaottelu on vanhentunut ja epätarkoituksenmukainen. (Vainio 2009d, 157.)

Kivun syyn löytyminen ei ole tunnusomaista myöskään krooniselle kipuoireyhtymälle, jossa jatkuva kipuimpulssien virta muuttaa hermoston reaktioita, samalla vaikuttaen psyykeen ja huonontaan elämän laatua (Haanpää 2010; Vainio 2006, 36). Kiputila, jolle ei löydy lääketieteellistä selitystä, tarkoittaa usein myös tilaa vailla asianmukaista hoitoa, kuntoutusta, vertaistukiryhmää, sairauslomaa ja eläkettä (Granström 2010, 12; Skuladottir & Halldorsdottir 2011, 88; Vainio 2007, 7).

Noin 40 % suomalaisista hakeutuu lääkäriin kivun vuoksi. Useimmiten on kyseessä vatsa- tai alaselkäkipu tai päänsärky. Vanhuudessa usein joudutaan tahattomasti kärsimään kivuista, koska oletetaan niiden kuuluvan vanhuuteen. Tyypillisiä syitä vanhusikäisten kivun aiheuttajille ovat nivelrikko, lannerankakanavan ahtauma ja osteoporoosin aiheuttamat murtumat. Hermokipu on vanhuksille myös yleistä. (Haavisto 2011, 27.) Kipu on monen kroonisen sairauden oire ja useasti myös ainoa oire. Kivun esiintyminen kaikkialla kehossa on mahdollista, iholla, imusolmukkeissa, silmissä, korvissa, suussa ja sukuelimissä. Tuntohäiriöt voivat myös olla yhteydessä kivun syntymiseen. (Haavisto 2011, 28.)

2.3 Kivun kroonistuminen

Kipua pidetään kroonisena, jos se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen. Kroonisen kivun mekanismi on erilainen kuin akuutin kivun. Taustalla voi olla vika keskushermoston kivunsäätelymekanismeissa, jota erilaiset biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät voivat ylläpitää. (Vainio 2006, 17.)

Kivun kroonistumisessa on ajalla hyvin suuri merkitys, koska pitkäaikaisen kivun yhteydessä aivoissa tapahtuu muutoksia tuntoaistimuksia käsittelevillä alueilla. Kivun olemassaolo jää muistiin aivoihin. Tällainen aivojen kivulle herkistyminen vaatii viikkoja, ennen kuin vaurion tai häiriön aiheuttama uusi tilanne on omaksuttu aivoissa. (Granström 2010, 50–51.) Siksi kivun syyn etsiminen sekä sairauden kehittymisen ennustaminen ovat ratkaisevassa asemassa. Kivun kehittymiseen krooniseksi vaikuttavat myös kipukokemusta vahvistavat ja lievittävät tekijät (ks. taulukko 1.), jotka koetaan yksilöllisesti. (Granström 2010, 49.)

TAULUKKO 1. Kivun muuttuminen pitkäaikaiseksi (Granström 2010, 50)

Kipukokemusta vahvistavat tekijät	Kipukokemusta lievittävät tekijät
Synnyynnäinen kipuherkkyys	Synnyynnäisesti voimakas kivun vaimennusmekanismi
Kivun aiheuttama sairauden luonne	
Kivun kannalta vaikea elämänympäristö	Tukeva ja auttava elämänympäristö
Samanaikainen masennus	Hyvä mielenterveyden tila
Samanaikaiset muut sairaudet	Hyvä muu terveydentila
Huono yleiskunto	Hyvä yleiskunto
Toimintakyvyn rajoittuminen	Toimintakyvyn säilyminen mahdollisimman hyvänä
Katastrofointi ja ajatusten keskittyminen kipuun	Huomion suuntaaminen pois kivusta, toimelias ja toiveikas ote
Taipumus kokea kiputuntemus voittopuolisesti kärsimyksenä	Hyvä kyky erottaa kipu ja kärsimys

Kroonisia kipuongelmia ei ole pystytty ennalta torjumaan, koska epidemiologian käyttö kipuongelmien syiden selvittelyssä on vielä alkutekijöissään. Meillä ei ole riittävästi tietoa kiputilojen yhteyksistä elämänmuotomme fyysisiin ja henkisiin rasitustekijöihin, yhteiskuntamme kehitykseen ja työelämään sekä moneen muuhun tekijään. Kansaneläkelaitoksen (Kelan) mukaan terveydenhuoltopalvelujen suurkäyttäjiä ovat krooniset kipupotilaat, joilla hyvin yleisesti on tuki- ja liikuntaelinten sairauksia,

TULE -sairauksia. (Vainio 2009a, 64.) Kuitenkin tutkimusten mukaan nämä edellä mainitut vaivat ovat vähentyneet vuosikymmenten aikana ja syynä on pidetty mm. fyysisen kuormituksen, tapaturmien ja monien elintapatekijöiden yleistä kevenemistä. Terveelliset elämäntavat, tapaturmilta säästyminen ja työn kuormittavuuden väheneminen ovat keskeisiä ennaltaehkäiseviä tekijöitä TULE -sairauksien kehittymisessä ja pahenemisessa. (Mts. 66–68.) Mielen terveyden häiriöistä kärsivät menivät TULE -sairauksien edelle Kelan kuntoutuksissa jo 1990 – luvulla (Partio 2014, 2).

Tiedollisilla ja käyttäytymistekijöillä on tärkeä rooli viimeaikaisten tieteellisten tutkimusten mukaan kroonisen kivun hoidon kehittämisessä ja hoitamisessa. Aivojen plastisuuden ja monimuotoisuuden ymmärtäminen antavat mahdollisuuksia myös kuntoutumiselle. (Moseley & Flor 2012, 1.) Krooninen kipu on erittäin hallitseva terveydentila, jota on vaikea hoitaa. Kroonisen kivun aiheuttamat huomattavat vaikutukset yksilön terveyteen, terveydenhuollon palveluihin sekä kokonaisuudessaan yhteiskuntaan vaativat näyttöön perustuvia luotettavia tulostittareita, jotka auttavat arvioimaan kroonisen kivun aiheuttamaa invaliditeettia sekä parantamaan kivun hoitoa. (Monticone, Baiardi, Nava, Rocca & Foti 2011, 1299.) Kivun arvioinnin työkaluna käytettävän mittarin valinta ja käyttö riippuu vaadittavan arvioinnin herkkyydestä sekä mitä halutaan selvittää. Se voi auttaa diagnoosin tekemisessä sekä tukea päätöksiä toimenpiteiden tehokkuudesta. Mittarin on oltava luotettava ja uskottava sekä henkilökunnan ja potilaiden helposti ymmärrettävä. (Cox 2010, 36.)

2.4 Kroonisen kivun taakka

Kroonisesta kivusta kärsivä ihminen voi kokea tunteita ilosta suruun, mutta myös ärtymyksen, vihan, surun, aggression, syyllisyyden, alavireisyyden sekä masentuneisuuden tunteet ovat tuttuja. Taantumisen, väsymys, unettomuus, kognitiivisten toimintojen häiriöt ja stressi ovat tyypillisiä oireita kroonisesta kivusta kärsivällä. Ennen niin aktiivinen ihminen voi taantua vain jokapäiväisten välttämättömien asioiden tekemiseen kroonisen kivun varastaessa huomion keskittymiskyvyltä ja tarkkaavaisuudelta vaikuttaen myös pitkäkestoista muistia huonontavasti. (Granström 2010, 31–45.)

Kroonisen kivun aiheuttamat haasteet ovat mittavat ajatellen yksittäisen yksilön terveyttä. Ne voivat aiheuttaa fyysistä vajaatoimintaa, invaliditeettia, muita epäsuotuisia terveysvaikutuksia, kuten heikentynyttä elämänlaatua, masennusta ja tunneperäisiä huolia tai tunnetta taakkana olemisesta. (Granström 2010, 12; Monticone ym. 2011, 1299.) Hoitamattoman kivun aiheuttamat psykologiset tekijät näkyvät mm. sosiaalisuuden vähentymisessä vaikuttaen niin töissä, perheessä kuin parisuhteessa. Myös pelko, ahdistus, unen vähyys ja toipilasaika lisääntyvät. Fyysiset tekijät ilmenevät sympaattisen hermoston alueella esimerkiksi sydämen nopealyöntisyytenä, lisääntyneenä sydämen hapenkulutuksena ja katabolisena hormonituotantona, kohonneena verenpaineena, vähentyneenä keuhkojen kapasiteettina ja suolen motiliteettina sekä lisääntyneenä riskinä jatkuvalle kivulle, jolla on uhkana kroonistua. (Cox 2010, 38.)

Erään eurooppalaisen monikeskustutkimuksen (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen & Gallacher 2006) mukaan 21 %:lla kipupotilaista on diagnosoitu masennus, ja vastavasti taas kipu on tavallinen oire psykiatrisen avohoidon masennuspotilaiden keskuudessa (Hagelberg & Heiskanen 2012). Toisaalta kipupotilaiden keskuudessa on viitteitä liiallisesta reippaudesta ja pakolla jaksamisesta. Ne ovat yhteydessä loppuun palamiseen. Sairaaseen rooli ei ole haluttu, ja osa potilaista haluaakin näyttää hyvinvoinnista ja aktiiviselta ystävien ja perheen silmissä. Syitä voivat olla esimerkiksi kipupotilaan halu olla aktiivinen osa omaa elämäänsä, hän on kohdannut läheistensä taholta kielteisiä tunteita kipuaan kohtaan tai ei halua toisten säälivän häntä. Toisten on hankala nähdä ja ymmärtää yksilön subjektiivista kipua. (Skuladottir & Halldorsdottir 2011, 89.)

Moni kroonisesta kivusta kärsivä kokee tulevaisuuden terveydenhuollon henkilökunnan osalta aliarvostetuksi, petetyksi tai jopa hylätyksi, jos henkilö ei ole tai ei näytä tarpeeksi uskottavalta ja kipeältä (Skuladottir & Halldorsdottir 2011, 82, 89). Valitettavasti joskus kipu saattaa jäädä huomioimatta, diagnosoimatta ja hoitamatta, jos henkilö ei pysty ilmaisemaan kipua sanoin. Yksi ensisijaisista tekijöistä kivun tunnistamiseen, on kyky ilmaista siitä sanoin muille kanssaihmisille. Jos henkilö ei pysty tätä itse tekemään, on häntä lähellä olevien ihmisten, omaisten tai hoitajien tehtävänä olla äänenä kroonisesta kivusta kärsiville. (McGuire, Daly & Smyth 2010, 241.)

Ihmisten kokemista tunnetiloista tulee tietoisia kokemuksia, kun niitä pystyy ilmaisemaan sanoin. Pieni lapsi oppii kipukäyttäytymistä vuorovaikutuksessa vanhempiansa kanssa. Vanhemmat tunnistavat lapsensa tunnetiloja ja nimeävät ne kulttuurin tunnistamilla sanoilla. Se luo perustan lapsen tietoisuudelle elimistöstään, tunnetiloistaan ja itsestään. Sanojen puuttuessa kivun ilmaisemisesta käydään aina sosiaalisessa tilanteessa neuvottelua, onko ihminen kipeä ja kuinka kipeä hän on. Kivun ilmaisemisen tarkoituksena on herättää kanssaihminen huomio avun saamiseen. (Vainio 2009b, 21.)

Kulttuurista määrittelee kipuun suhtautumista ja sen kokemista, miten sairaut suhtautuvat itseensä, sekä voiko olla sairas muiden joukossa vai pitääkö hänet eristää. Kulttuurista on opittua myös mitkä sairaudet ovat hyväksyttäviä ja mitkä hävettäviä. Kulttuuri ei ole kuitenkaan pysyvää. Se muuttuu ja kehittyy koko ajan ihmisten välisessä kanssakäymisessä ja kommunikaatiossa. Länsimaissa olemme tottuneet siihen, että lääketieteen tehtävänä on poistaa kipu. Täydellinen elämä ilman sairautta ja kipua on nykyaikaiselle ihmiselle itsestäänselvyys ja oikeutettu vaatimus. Kivun kohtaaminen ei tule kysymykseen, ja kipulääketieteestä voi tunnistaa pyrkimyksiä kaiken hallintaan. (Vainio 2009c, 27,30.)

Jos ajattelemme, että kipua voidaan hoitaa ja tunnemme keinot sen hoitamiseksi, mutta samalla hyväksymme, että osaamisellamme on rajansa, tämä ei johda kivun täydelliseen poistamiseen. Mutta se voi johtaa kärsimyksen vähenemiseen ja taitoon kärsiä paremmin.

Jean Russier (Vainio 2009c, 30.)

2.5 Kipurymätoiminta

Psykologisilla hoitomenetelmillä pyritään vaikuttamaan mm. potilaan kipukokemukseen, kipukäyttäytymiseen ja kipuun suhtautumiseen. Niitä voidaan käyttää yksilö- tai ryhmähoitoina yksistään tai yhdistettynä moniammatilliseen hoitoon. Kipuun liittyvä pelko, katastrofiajattelu, ahdistuneisuus ja muut negatiiviset ajatukset ja käsitykset sekä avuttomuus omalta osaltaan lisäävät kipua, kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Toisaalta taas muutosvalmius oman kivun kohtaamiseen ja sen hyväksymiseen, aktiiviset kivunhallintakeinot ja usko omaan kykyihin vähentävät kipua ja sen aiheuttamaa kärsimystä sekä edistävät parempaa toimintakykyä. (Elomaa & Estlander 2009, 245.)

Kipurymätoiminnan tarkoituksena on keskittyä kipuongelmaan ja sen kanssa toimeen tulemiseen. Ryhmätyöskentelyn muotoja on useita, mutta yksi yleisimmin käytetyistä on ruotsalaisen anestesia- ja lääketieteen erikoislääkäri Gunilla Brattbergin kehittämä ”Värkstad” –työpajatoiminta. Sitä on alettu toteuttaa Suomessa vuodesta 1999 alkaen. Ohjelma on tarkoitettu kipupotilaille, jotka ovat itse hyväksyneet sen, että lääketiede ei pysty ratkaisemaan heidän kipuongelmaansa kokonaan. Tavoitteena on elää täysipainoista elämää, vaikka kipu onkin läsnä joka päivä. Keskustelujen pohjana käytetään jokaiselle kipupotilaalle annettavaa työkirjaa, jossa on 70 harjoitusta kipuongelman jäsentelyyn ja itsetuntemuksen lisäämiseen. Työpajan läpikäyminen kokonaisuudessaan vie vuoden. (Elomaa & Estlander 2009, 250; Estlander 2003, 202.)

Psykologi Steven Lintonin kehittämä ryhmätyöskentelymalli tuki- ja liikuntaelinoireista kärsiville on toinen esimerkki ryhmätoiminnasta. Se on tarkoitettu perusterveydenhuoltoon moniammatillisen kuntoutusohjelman osaksi potilaille, joiden kivusta ei ole vielä tullut krooninen. Tätä kognitiivis-behavioristiseen viitekehykseen pohjautuvaa toimintaa on Suomessa kokeiltu joillakin paikkakunnilla. Tutkimusten mukaan ohjelmalla on selvästi näyttöä ehkäisyssä selkä- ja niskavaivojen kroonistumista vastaan. (Elomaa & Estlander 2009, 250.)

Kipurymätoimintaa voidaan kutsua myös kivunhallintaryhmäksi. Ryhmässä asetetaan jokaiselle jäsenelle henkilökohtaiset tavoitteet, vaikka yleiset linjaukset noudattavat tiettyä kaavaa. Ne koostuvat tavoitteista kivun aiheuttamien rajoitusten vähentämiseen, elämän laadun parantamiseen, aktiivisuuden lisääntymiseen tai kivun uusiutumisen ehkäisyyn. Ryhmäläisillä on yleensä samanlaisia kipukäyttäytymiseen liittyviä uskomuksia ja toimintamalleja, ja siksi ryhmän interventiot kohdistuvat jäsenten tietoihin, tunteisiin ja kipukäyttäytymiseen. Ryhmän koko on yleensä pieni, noin 10 henkilöä, jotta aikaa jää keskustelulle. Välitehtävät ja harjoitukset ylläpitävät motivaatiota ja ryhmäläisten omien tavoitteiden mukaisia muutoksia. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 157.)

Ryhmätoiminnan ja siitä saadun vertaistuen on todettu monissa tutkimuksissa tukevan kipupotilaan selviytymistä. Ryhmämuotoisten tilaisuuksien tiedon annilla on hyvin suuri merkitys omien tunteiden, kokemusten ja tilanteen ymmärtämiseen. Vertaistuki ja mahdollisuus keskustella samassa tilanteessa olevien kanssa koettiin tärkeimmäksi asiaksi, ja se lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta, toisen tilanteen ymmärtämistä ja mahdollisti oman tilanteen näkemisen eri tavalla. Ohjaajan ammattimainen ja asiantunteva rooli, sekä kuulluksi tuleminen, olivat myös merkittäviä asioita. (Holma, Koivula & Joronen 2010, 300.)

3 KROONISEN KIVUNHOIDON MAHDOLLISUUDET PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

3.1 Perusterveydenhuollon tehtävä ja nykytila kivun hoidossa

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on mm. vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä, sekä parantaa kunnan eri toimialojen, että muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä (L 30.12.2010/1326, § 2). Kiireettömän hoidon ollessa kyseessä, on asiakkaan päästävä terveydenhuollon ammattihenkilön arvioitavaksi kolmen vuorokauden kuluessa yhteydenotosta, jos hoidon tarpeen arvi-

ointia ei tehty ensimmäisenä yhteydenottopäivänä. Hoidon tarpeen arvioinnin tuloksena todettu lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen hoidon tarve on järjestettävä huomioiden potilaan yleistila ja sairauden etenemisen ennakointi kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa. (Mts. § 51.)

Oikeus hyvään hoitoon on kansalaisten perusoikeus. Potilaan mahdollisimman hyvä hoito, kuten myös kivun hoito ja sen lievittäminen, kuuluvat sekä lääkäreiden että sairaanhoitajien ohjeistukseen. (Haanpää 2009, 509.) Terveystieteiden ammattihenkilöillä on velvollisuus oman ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen ja työnantajan tehtävänä on luoda edellytykset täydennyskoulutukselle (mts. 511).

Kuntien vastuulla on järjestää potilailleen lääkinnällistä kuntoutusta ja apuvälineitä. Kuntien päävastuulla on yli 65 -vuotiaiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutus. Kuntoutumisen onnistumisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että kuntoutuja on itse mukana aktiivisesti suunnittelemassa ja toteuttamassa kuntoutustaan. Kuntoutuksen suunnittelu vaatii yhteistyötä mm. Kelan, työvoimatoimistojen sekä järjestöjen kanssa. Lääkinnällisen kuntoutuksen muotoja on monia, kuten ohjaus ja neuvonta, työkyvyn arviointi ja työkokeilu, fysio-, toiminta-, puhe- ja psykoterapia, sopeutumisvalmennus, kuntoutusjaksot eri laitoksissa jne. (Aho & Haanpää 2009, 523–524.)

Hoidon toteutus perustuu potilaan huolelliseen kliiniseen tutkimukseen ja kiputyypin tunnistamiseen, sekä sen aiheuttaneen sairauden tunnistamiseen ja diagnosointiin. Potilaan muut ongelmat on myös huomioitava ja hoidettava. Kivun pitkittyessä on selvítettävä kroonistumisen riskiä lisäävät tekijät. Myös hoitovaste kirjataan kuvaamalla kivun voimakkuus ja potilaan toimintakyky. Kipupotilaiden kuntoutuksen tulee olla yksi perusterveydenhuollon menetelmä kivun hoidossa. Kivun syyn hoito sekä oireenmukainen hoito tulee toteuttaa hoitosuositusten mukaisesti ja ensisijaisesti käytetään tutkimusnäyttöön perustuvia menetelmiä. (Hagelberg & Heiskanen 2012).

Mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tehty moniammatillinen arvio ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittely parantavat pitkittyneestä kivusta kärsivän potilaan ennustetta. Hoitohenkilökunnan vastuulla on kiinnittää huomiota potilaan psyykkiseen,

sosiaaliseen ja taloudelliseen tilanteeseen, jos moniammatillisen tiimin arviointimahdollisuutta ei ole käytettävissä. (Aho & Haanpää 2009, 534.)

Perusterveydenhuollossa on monia vahvuuksia ja toimintatapoja kehittää kivun hoitoa, kuten pitkäaikaissairauksien moniammatilliset hoitomallit, terveyden edistämisen osaaminen, sairauksien ennaltaehkäisy, potilasohjaus sekä potilaan pitkäaikaisseuranta kokeiden ja kontrollikäyntien ohessa. Myös kipupotilaan hoidossa ja hoidon jatkumisessa moniammatillisella toimintamallilla on nähty olevan suurta hyötyä, mutta sen käyttö juuri kivun hoidossa on terveyskeskustasolla vähäistä. (Hagelberg & Heiskanen 2012.)

Monessa kunnassa ollaan kuitenkin jo pitkällä kivunhoidon suhteen kuten Vantaan terveyskeskuksessa. Viime vuosikymmenen puolella siellä huomattiin erikoissairaanhoidon vaikeudet toteuttaa kivunhoidon pitkäaikaisseurantaa. Kipupotilaiden suuri määrä, sekä potilaiden toiveet ja paineet kivuttomasta elämästä johtivat yhteistyön kehittämiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Terveyskeskukslääkäreistä koulutettiin kivunhoidon asiantuntijoita perusterveydenhuollon kivunhoitopalvelujen perustamiseksi. (Kauppila, Sutela, Nieminen, Linna, Aaltonen, Lappalainen, Kotiranta, & Kotala 2007, 46.)

Vantaalla paikallisen hoitojärjestelmän luominen vaati muidenkin ammattiryhmien kouluttamista. Kipuhoitajan rooli vahvistui potilaiden asioiden hoitajana ja tilan seuraajana. Moniammatillisuuden vahvistuminen näkyi sekä fysioterapeuttien että sosiaalityöntekijöiden koulutuksessa. Uuden järjestelmän kehittäminen oli aluksi työlästä, koska missään muualla maailmassa ei ollut vastaavaa toimintaa. Erikoistuminen purentaelinten kroonisen kivun huomioimiseen suun terveydenhuollossa vahvisti osaltaan Vantaan esimerkkiä kroonisen kivun hoidossa. (Kauppila ym. 2007, 47–48.)

Perusterveydenhuollon ydinosamisalue on potilaskeskeinen hoito, jolla tarkoitetaan potilaan ongelmien ratkomista yksilökeskeisellä tavalla, potilaan autonomian huomiointamista potilas-lääkärisuhteessa, potilaan kanssa yhteistyössä toimimista ja hoidon tavoitteiden asettamista, potilaan voimaannuttamista sekä hoidon jatkuvuutta (Moda, Eiksson, Ortiz Bueno, Gay, Kersnick, Miftode, Riordan & Ram 2011). Kroo-

nisen kivun monimuotoisuuden ymmärtäminen auttaa terveydenhuollon henkilöstöä tuottamaan kokonaisvaltaista potilaslähtöistä hoitoa (Walker 2014, 51).

3.2 Perusterveydenhuollon haasteet

Perusterveydenhuollossa on mahdollista toteuttaa kroonista kivunhoitoa, mutta se vaatii aikaa hoitavalta taholta. Hoidon suunnittelulle, jossa potilas otetaan aktiivisesti keskusteluun mukaan, tulee varata riittävästi aikaa. Näin parannetaan potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa ja hoidon onnistumista. Vastaanottoaikojen pituudella ja säännöllisyydellä on merkittävä rooli kroonisesta kivusta kärsivän potilaan hoidossa. Syvällinen paneutuminen potilaan ongelmiin ja mieltä askarruttaviin asioihin vähentää päivystyskäyntien ja erikoissairaanhoidon läheteiden tarvetta. Akuutin kivun katkaiseminen, ja kroonistumisen ehkäiseminen edellyttävät lääkehoidon aloittamista, vaikka kipudiagnoosi itsessään ei olisikaan vielä selvillä. Kipudiagnoosin puuttuminen rajaa kuitenkin lääkehoidon vaihtoehtoja. (Hagelberg & Heiskanen 2012.)

Omat haasteensa lyhyille vastaanottoajoille tuo lisäksi lääkäreiden vaihtuvuus, sekä kiire ja niukat resurssit ajanvarauksessa. Päivystyskäynnit usein lisääntyvät lyhyiden vastaanottoaikojen vuoksi. Paras tapa reagoida toistuviin päivystyskäynteihin on varata potilaalle tavallinen pidennetty vastaanottokäynti. Uusien toimintamallien kehittäminen voi olla vaativaa, jos koko henkilökunta ja johto eivät ole siihen sitoutuneet. Kroonisen kivunhoidon kehittämisen tarpeen tunnistaminen, oikea myönteinen asenne, resurssien kohdentaminen ja esimiesten tuki ovat ensiarvoisen tärkeitä. Koko henkilökuntaa tarvitaan, että toiminta jatkuu vaikka esimerkiksi tapahtuisi organisaatiouudistuksia tai lääkärin vaihtuisivat. Terveyskeskuslääkärin riittävä kivunhoidon osaaminen on keskeistä ja erityisosaamista tarvitaan mm. syöpäkivunhoidossa sekä vanhusten ja lasten kivunhoidossa. (Hagelberg & Heiskanen 2012.)

Terveydenhuoltolain mukaan pitkäaikaissairautta sairastavalle potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma. Monella pitkäaikaissairaalla on kroonisia kiputiloja, joten hoitosuunnitelmassa tulisi näkyä pitkäaikaissairauden lisäksi kivun hoidon yksilölliset tavoitteet, kuvaus potilaan omista selviytymiskeinoista, muista kuntoutus- ja tukitoimista, käytössä olevista kipulääkkeistä sekä hoitavien tahojen yhteystiedoista. Perus-

terveydenhuollon kivunhallintaryhmät ja erilaiset vertaistukeen perustuvat ryhmät pitkäaikaissairaille, kuten Arkeen voimaa -ryhmien (Kuntaliitto) toiminta, toisivat uutta syvyyttä kipupotilaiden hoidon jatkuvuuteen. (Hagelberg & Heiskanen 2012.)

Farmakologisen ja ei-farmakologisen hoidon yhdistäminen tuottaa luultavasti enemmän hyötyä kroonisesta kivusta kärsivälle potilaalle kuin yksistään vain toisen aiheuttamat hyödyt. Ei-farmakologinen hoito sisältää kivunhoidosta, erilaisista kivunhoidon menetelmistä ja strategioista informoinnin sekä potilaan mukaan ottamisen häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Nämä menetelmät auttavat potilasta ymmärtämään mitä tehdään sekä mitä kullakin toimenpiteellä ja hoidolla on tarkoituksena tehdä ja saavuttaa. Puutteellinen ja vaikeasti ymmärrettävä tieto voi vaikuttaa haitallisesti potilaan odotuksiin kivunhoidollisista menetelmistä. Helposti luettava lehtinen eri hoitomenetelmistä voisi olla käyttökelpoinen menetelmä asiallisen tiedon saamiseen. (Cox 2010, 38–39.)

Uudet osaamisvaatimukset sosiaali- ja terveysalalla ovat seurausta sosiaali- ja terveysalan rakenteiden, prosessien, työnjaon ja työnkuvien muutoksista. Yleisiin kehittämistarpeisiin kuuluvat asiakaslähtöinen ajattelutapa sekä tiimi- ja verkostotyö. Asiakaslähtöinen ajattelutapa koostuu dialogisesta keskustelusta, sekä asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen tunnistamisesta. Moniammatilliset tiimit ja verkostot ovat jo nykypäivää enenevässä määrin ja sellaisissa toimiminen vaatii taitoa johtaa itseään, sekä toimia yhteistyössä muiden kanssa. (SOTE -ennakointi 2011, 50–52.) Asiakkailla ja palvelujenkäyttäjillä on nykyään iso rooli palvelujen uudistamisessa ja kehittämisessä (Stenvall & Virtanen 2012, 142). Asiakkaiden itsensä esille tuomat ja raportoidut tarpeet tulisivat olla lähtökohtana kehitettäessä kroonisen kivun hoitoa (Skuladottir & Halldorsdottir 2011, 81).

Hoidon laadun varmistamisessa potilaan omat kokemukset ovat avainasemassa kehitettäessä potilaslähtöistä hoitoa. Yleislääketieteen saralla on tutkittu hoidon laadun kehittämistä mm. hoitosuosituksen noudattamisessa, tavoitettavuudessa, puhelinneuvonnan ja vastaanottotyön laadukkuudessa sekä potilasturvallisuudessa. (Smits, Huibers, Bos & Giesen 2012, 206–207.)

3.3 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö

Kiireettömän hoidon perusteet ja kansalliset suositukset ohjaavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtäväjakoja, mutta ensisijainen hoitovastuu on perusterveydenhuollossa, jonka on otettava vastuu kipupotilaiden hoidosta ja kokonaisvaltaisesta jatkohoidosta (Haanpää 2010; Hagelberg & Heiskanen 2012). Hoidon porrastus ja sen jakaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken on perusteltua päällekkäisten toimintojen välttämiseksi. Kipupotilaiden ensisijaisen hoitovastuun ollessa perusterveydenhuollossa voidaan erikoissairaanhoitoa tarvittaessa konsultoida tai laittaa lähete ongelmatilanteissa. Erikoissairaanhoidossa eri erikoisalat toimivat yhteistyössä monisairaiden ja moniongelmaisten potilaiden kivunhoidossa siten, että hoidon koordinaatiovastuu on yhdessä yksikössä ja muut erikoisalat antavat konsultaatioapua. Kipupotilaan kokonaisvaltaisen jatkohoidon huolehtimisesta ja toteuttamisesta vastaa perusterveydenhuolto. (Haanpää 2013.)

Erikoissairaanhoidon palveluita tarvittaessa terveyskeskuslääkäri tekee lähetteen tietyin perustein. Perusterveydenhuollon asianmukaisista hoitotoimenpiteistä ja -yrityksistä huolimatta indikaation läheteelle täyttää diagnosoitu kiputila, jossa kipu on kohtalaista tai vaikeaa ja siihen liittyy toimintakyvyn alenema. Etiologialtaan epäselvässä kiputilassa diagnoosia ei ole voitu tehdä. Tällaisen kiputilan ollessa kyseessä, potilaan tulisi päästä erikoissairaanhoidon tutkimuksiin kolmen kuukauden kuluessa kohtalaisessa kivussa ja yhden kuukauden kuluessa vaikean kivun ollessa kyseessä. (Pitkäkestoisen kivun tutkimus ja hoito 2009.)

Kroonisen kivun hoitoketjulla tarkoitetaan yhtenäistä alueellista hoitoa ja työnjakoa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen kesken. Tavoitteena on hoitokokonaisuuden koordinointi, hoitokäytäntöjen kehittäminen alueellisia tarpeita vastaavaksi sekä päällekkäisten toimintojen karsinta. Moniammatillisuudessa tulee huomioida, että kaikilta toimijoilta annetaan samansuuntaiset ohjeet potilasneuvonnassa. Tämä vaatii saumatonta yhteistyötä sekä ajantasaisen näyttöön perustuvan tiedon osaamista. Ristiriitaiset ohjeet vaikeuttavat potilaan luottamusta hoitohenkilökuntaan. (Hagelberg & Heiskanen 2012; Salanterä ym. 2006, 65.)

4 YKSILÖLLISYYS KIVUN HOITOTYÖSSÄ

4.1 Kivun hoitotyö

Hoitotyö ammattina on viime vuosina saanut tunnustusta osakseen, ja hoitajan roolit ja tehtävät ovat nousseet hoitotyön määritelmän kuvaaviksi tekijöiksi. Hoitotyön osaaminen perustuu hyvin määriteltyyn teoriapohjaan, asiantuntijuuteen, jatkuvaan tutkimukseen, autonomiaan sekä standardien asettamiseen omalle työlle. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 15–16.)

Kivun hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan sekä hänen läheistensä auttamista hoitotyön keinoin. Se edellyttää sairaanhoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipua, valita sopiva hoitotyön auttamiskeino, yhdistää se kivunhoidollisiin menetelmiin ja lopuksi arvioida hoidon onnistumista. Kivun moniulotteisuuden vaikeus antaa mahdollisuuksia moniin hoitokeinoihin. (Salanterä ym. 2006, 9.) Edellytyksenä on sairaanhoitajan laaja tietämys ja taito soveltaa eri tieteenalojen tietoa potilaan parhaaksi. Sairanhoitaja tarvitsee ja käyttää monia tiedonlähteitä voidakseen auttaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla, kuten potilaalta saatua tietoa, toimintaympäristöön liittyvää tietoa sekä tutkittua tietoa. (Mäkipää & Hahtela 2011, 37; Salanterä ym. 2006, 9.) Sairanhoitajan asiantuntijuus pohjautuu näyttöön perustuvaan toimintaan, joka tarkoittaa parhaan, ajantasaisen tiedon arvioimista ja käyttöä potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä (Mäkipää & Hahtela 2011, 37).

Sairanhoitajan tiedot, taidot ja asenteet antavat valmiudet kivun hoitotyön toteutukseen. Vähättelevä asenne ja suhtautuminen välinpitämättömästi potilaan kipuun, sekä eri ammattiryhmien yhteistyön puute, ovat esteenä kivun hoitotyön toteuttamiselle. Onnistuminen edellyttää hoidon suunnitelmallisuutta, miten hoito kokonaisuudessa toteutetaan, mitä kivun arvioinnin ja tunnistamisen välineitä käytetään, mitä hoitotyön auttamiskeinoja käytetään, miten hoito toteutetaan, miten kivusta kirjataan, kenelle ja miten raportoidaan, sekä miten kivun hoidon ja hoitotyön onnistumista arvioidaan. Onnistumisen arvioinnin tulisi olla säännöllistä ja monipuolista. Se ei voi olla pelkkä kivun lievittymisen tai poistumisen mittari, koska potilas on koko-

naisuus ja hänen hoidossaan tulee ottaa huomioon myös muut tekijät, kuten fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Onnistumisen seurannan ja potilastyytyväisyyden kartoittamisen tulisi olla säännöllistä työn kehittämisen vuoksi. (Salanterä ym. 2006, 11–12.)

Keskeisenä hoitotyön periaatteena ja terveydenhuollon arvolähtökohtana on potilaiden yksilöllinen hoito, joka myös sekä hoidon laadun osatekijänä, prosessina että menettelytapana auttaa hyvien hoitotulosten saavuttamisessa. Saadun yksilöllisen hoidon kriteerinä voidaan pitää potilaan osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon ja hänen kliinisen sekä henkilökohtaisen tilanteensa huomioonottamista hoidossa. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 15.)

4.2 Kivunhoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus on yksi hoitotyön periaatteista, jotka perustuvat hoidon perusarvoihin ja hoitotyössä omaksuttuun ihmiskäsitykseen. Periaatteiden toteuttamiseen vaikuttavat myös hoitokulttuurin arvot, jotka näkyvät konkreettisina toimintaohjeina. Periaatteiden avulla hoitaja pystyy toimimaan oikein erilaisissa hoitotilanteissa ja voi löytää keinoja erilaisten ongelmatilanteiden ratkaisuisissa ja selvittelyissä. Hoitotyön laadun keskiössä ovat hoitotyön arvot ja periaatteet. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 22.)

Hoidon jatkuvuuden turvaamisella tarkoitetaan potilaan tietojen siirtymistä muuttomattomina henkilöltä toiselle, hoitajasta toiseen, sekä työvuorosta ja työyksiköstä toiseen. Yleensä käytetään kirjallista ja suullista tiedottamista. Jokaisella potilaalla on yksilöllisesti laadittu, potilaan itsensä ja omaisen kanssa yhteistyössä tehty hoitosuunnitelma, joka jokaiseen potilaan hoitoon osallistuvan henkilön on tiedettävä. Potilaan vointiin ja hoitoon liittyvät huomiot ja hoitomääräykset kirjataan hoitosuunnitelmaan, millä varmistetaan tiedon jatkuvuus. Hoidon jatkuvuuteen kuuluvat potilaan opetuksen ja ohjauksen lisäksi omaisen ja perheen tukeminen ja ohjaus potilaan luvalla. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 25.)

Kotiutumisvaiheessa potilaalle annetaan selkeät suulliset ja kirjalliset jatkohoito-ohjeet sekä riittävästi opetusta ja ohjausta kotona selviytymisessä ja hyvässä kivunhoidossa. Tärkeää on antaa potilaalle yhteystiedot, etenkin mihin otetaan yhteyttä kivun voimistuessa tai hallitsemattoman kivun ollessa kyseessä. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 25; Salanterä ym. 2006, 13.)

Oleellista on alueellinen yhteistyö hoidon jatkuvuudessa, jota hyvin laadittu ja suunniteltu terveyspalvelujärjestelmä tukee. (Salanterä ym. 2006, 13.) Hoitohenkilökunnan vastuu ja velvollisuus hoidon jatkuvuudesta korostuu erityisesti sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty sillä hetkellä huolehtimaan itsestään esim. tajuttomat tai sekavat potilaat sekä lapsipotilaat (Rautava-Nurmi ym. 2012, 25).

5 LAPIN SAIRAANHOITOPIIIRIN ALUEELLINEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

5.1 Lapin Sairaanhoidopiirin sosiaali- ja terveysalan näkymät ja haasteet

Vuonna 2014 Lapin Sairaanhoidopiirin (LSHP:n) alueella asui 118 080 asukasta ja asukastiheys oli Suomen matalin. Yli puolet väestöstä asui Rovaniemen kaupungin alueella. (Lapin Sairaanhoidopiiri – Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintasuunnitelma 2013–2016, 4.) Vuonna 2011 Saamelaiskäräjien keräämän tiedon mukaan saamelaisia oli Suomessa 9919, joista 3459 asui saamelaiden kotiseutualueella (mts. 4). Lapin Sairaanhoidopiiri on Suomen pohjoisin sairaanhoidopiiri (ks. kuvio 1., 23). Se on 15 kunnan omistama kuntayhtymä, joka kuuluu Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen. Lapin maakuntaan kuuluvat Lapin ja Länsi-pohjan sairaanhoidopiirit. (Lapin Sairaanhoidopiiri – yleiset tiedot ja tunnusluvut.)



KUVIO 1. Lapin Sairaanhoitopiiri (Lapin Sairaanhoitopiiri – yleiset tiedot ja tunnusluvut)

Ikäihmisten osuus Lapin väestöstä kasvaa lähivuosina muuta maata nopeammin. Myös maantieteelliset etäisyydet, harvaanasutus, eri alueiden eriarvoisuus mm. lisääntyvän väestön suhteen, sekä korkea sairastavuus verrattuna muuhun maahan, luovat haasteita sairaanhoitopiirin 11 kunnalle ja kahdelle kuntayhtymälle järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut. (Lapin Sairaanhoitopiiri – Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma 2013–2016, 5,7.) Eri alueiden eriarvoisuuteen kuuluu myös esim. saamelaisalueen tasa-arvoisuuden turvaaminen valtaväestön palvelujen tasolle (mts. 7). Erikoissairaanhoidosta vastaa Lapin Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kuntien omassa päätännässä on tarjota kuntalaisilleen erikoislääkäripalveluja tai muita erityispalveluita joko ostopalveluna tai omana toimintana. (mts. 5,7.)

Painopistealueet kehittämisen suhteen vuosille 2013–2016 ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen pohjautuva asiakaslähtöinen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen yhteinen palvelukokonaisuus. Kunnat, kuntayhtymät ja muut toimijat toimivat yhteistyössä näiden tavoitteiden saavuttamiseksi edistäen asiakkaan mukaanottoa päätöksentekoon. Tällä tavoin korostetaan asiakkaan omaa vastuuta, edistetään hyvinvointia ja tasa-arvoisuutta. Palvelujärjestelmän kehittämisellä turvataan lähipalvelut, jotka ovat ensiarvoisen tärkeitä pitkien matkojen Lapissa. (Lapin Sairaanhoitopiiri – Terveystenhuollon järjestämissuunnitelma 2013–2016, 5–6.)

Lapin sairaanhoitopiirissä Pellon kunnassa on organisaatiouudistuksen myötä yhdeksi painopistealueeksi muodostettu myös asiakasnäkökulman vahvistaminen, joka edellyttää organisaation prosessien tunnistamista, kuvaamista ja jatkuvaa kehittämistä (Ketola & Ruski 2014, 4.) Prosessiorganisaatio vastaa perinteistä organisaatiota paremmin ajan tuomiin haasteisiin ja nopeaan muutokseen. Joustavuus, tehokkuus, asiakaslähtöisyys ja strategialähtöisyys ovat prosessiorganisaation tavoiteltavia ominaisuuksia. Tavoitteena on poistaa toiminnot, jotka eivät tuota konkreettista arvoa prosessin asiakkaalle. (Mts. 6).

Vuonna 2014 tehdyn Sote-järjestämislain lakiesityksen (STM) mukaan 3618 asukkaan Pellon kunnan (Väestörekisterikeskus) näkökulmasta on epätodennäköistä, että kunta voisi tuottaa sosiaali- ja terveystalvueluita Sote -alueella. Kunta kuitenkin edelleen jatkaa prosessityöskentelyn mallintamista, koska palvelutarpeen lähtökohtana ovat kuntalaisten palvelutarpeet. (Ketola & Ruski 2014, 13.) Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksessä sosiaali- ja terveystalvueluita järjestettäessä itsehallintoalueilla tulee olla väestöpohja, joka riittävyydeltään tarkoittaa vähintään 200 000 asukasta. Itsehallintoalueilla täytyy olla sote-infrastruktuuri ja taloudellinen kantokyky, jotka pitävät sisällään itsehallintoalueiden kyvykkyyden järjestää sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon että vaativan ja perustason sosiaalitoimen palvelut yhdistäen ne toisiinsa. Tavoitteena on tuottaa alueen asukkaille kattavat sosiaali- ja terveystalvuelut. (Pöysti, Niiranen & Haveri, 2015, 23–24.)

5.2 Kivunhoidon osaaminen

Lapin Keskussairaalassa Rovaniemellä toimii erikoissairaanhoidossa Kivunhoidon poliklinikka, joka vastaa pääasiallisesti pitkittyneestä kivusta kärsivien potilaiden hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja hoidon vasteen arvioinnista Lapin Sairaanhoitopiirin alueella. Hoidon tavoitteena on potilaan kipujen tarkoituksenmukainen lievittäminen lääketieteellisillä menetelmillä, sekä potilaiden kivunhallinnan tukeminen elämänlaadun ja toimintakyvyn säilyttämisessä ja parantamisessa. Kipulääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotot palvelevat säännöllisesti. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat lääkäri ja sairaanhoitajan ohella fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Poliklinikka toimii lähete- ja konsultaatiopoliklinikkana. (Lapin Sairaanhoitopiiri – Kivunhoidon polikli-

nikka.) Kroonisen alaselkäpotilaan hoitoketjun kuvaus on esimerkki alueellisesta kivunhoidon työstä Lapin Sairaanhoidopiirissä (ks. liite 1., 59).

Syöpäkivunhoidon eri vaiheet kuten myös leikkauksiin ja toimenpiteisiin liittyvä kivunhoito ovat keskeisiä toiminnan alueita. Yhteistyöllä perusterveydenhuollon sekä muiden erikoissalujen kanssa turvataan syöpäkivunhoidon tarpeen arvioiminen ja kivunhoidon jatkuvuus. (Lapin Sairaanhoidopiiri – Kivunhoidon poliklinikka.) Kivunhoidon suunnitelma (ks. liite 2., 60-61) on esimerkkilehtinen Lapin Sairaanhoidopiirin alueella käytettävästä potilaan mukana kulkevasta ohjeesta sekä potilaille itselleen että ammattilaisille kivunhoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Akuutin kivun hoitoon, hoitokäytäntöjen seurantaan, kehittämiseen ja koulutukseen on kehitetty moniammatillinen kivunhoidon palvelu, Acute Pain Service (APS). Varsinkin leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa akuutin kivun hoitaja vastaa arkisin leikkauspotilaiden kivunhoidollisiin kysymyksiin sairaalassa tai kotona ja seuraa akuutin kivunhoidon onnistumista. (Lapin Sairaanhoidopiiri - Akuutti kipu/potilasohje.)

Lapin Sairaanhoidopiirin alaisuudessa toimii suljettuja ja avoimia kivunhallintaryhmiä, jotka ovat ryhmämuotoisia vertaistukitilaisuuksia. Ohjaajana ryhmissä toimii Kivunhoidon poliklinikan asiantuntijasairaanhoitaja, jolla on lisäksi psykoterapeutin koulutus. Suljettu ryhmä on tarkoitettu vain Kivunhoidon poliklinikkaan hoitosuhteessa oleville potilaille. Suljetuissa kivunhallintaryhmissä käydään läpi Gunilla Brattbergin vuonna 2001 Värkstad -työpajatoiminnan pohjalta tehtyä ja suomennettua Kipumes-tarin työkalut -työkirjaa (Brattberg, 2007). Avoimet kivunhallintaryhmät ovat tarkoitettu kaikille kipupotilaille, eivätkä ne vaadi hoitosuhdetta keskussairaalaan.

Rovaniemellä toimii Lapin kipupotilasyhdistyksen vertaisryhmätoiminta ja avoimia kivunhallintaryhmiä. Yhdistyksen toiminnan tavoitteena on Brattbergin kivunhallintamenetelmää apuna käyttäen luoda puitteet kivun käsittelemiseksi tarkoituksena oppia elämään kivun kanssa. (Lapin Kipu ry.) Suomen Kipu ry, joka on vapaaehtoisten vetämä tukimuoto kroonisesta kivusta kärsiville, toimii säännöllisesti Lapin alueella Kemissä ja Torniossa Länsi-Pohjan Sairaanhoidopiirin alueella (Suomen Kipu ry – Vertaistuki).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kahden syksyllä 2014 aloittaneen ja keväällä 2015 lopettaneen suljetun kivunhallintaryhmän kipupotilaiden unelmia kivunhoidon jatkuvuudesta. Tavoitteena oli kipupotilaiden kivunhoidon jatkuvuuden unelmia selvittämällä tuottaa asiakaslähtöistä tietoa kivunhoidon jatkuvuuden kehittämiseksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon palvelujen piiriin.

Tutkimuskysymys:

1. Mitä unelmia kivunhallintaryhmään osallistuvilla kipupotilailla on kivunhoidon jatkuvuudesta?

7 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN ETENEMINEN

Tutkimusmenetelmäksi valittiin Tulevaisuuden muistelu. Menetelmä oli moneen eri tilanteeseen soveltuvuutensa ansiosta käyttökelpoinen myös kroonisille kipupotilaille, kun haluttiin heidän miettivän tilannetta, jossa he ovat taas perusterveydenhuollon palvelujen piirissä. Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat kipupotilaat, jotka kävivät Kivunhoidon poliklinikan alaisissa suljetuissa kivunhallintaryhmissä Lapin Keskussairaalassa. Heidän hoitotasapainonsa lääkityksen ja muiden hoitojen suhteen oli siinä vaiheessa, että heidän jatkohoitonsa oli suunniteltu toteutettavan perusterveydenhuollon palvelujen piirissä.

7.1 Tulevaisuuden muistelu

Tulevaisuuden muistelu perustuu ratkaisukeskeiseen toimintamalliin, jossa tarkoituksena on löytää ratkaisu pohdittavalle asialle. Ratkaisun löytämiseksi hyödynnetään ihmisten voimavaroja, osaamista, tavoitteita ja unelmia. (Koulurauha-aineisto, 8). Se on monikäyttöinen menetelmä, jossa ratkaisua etsitään menneisyyden sijaan tulevaisuudesta, eläytymällä esimerkiksi puolen vuoden päähän nykyisestä tilanteesta, kun

asiat ovat hyvin. Palaverin vetäjä ohjaa ja tukee vuoropuhelua kysymyksillään. Vetäjä ei yritä ratkaista tapausta eikä esitä neuvoja. Vuoropuheluista sekä hyvistä ajatuksista kootaan yhteinen suunnitelma ja sovitaan jatkotoimista, jotta päästään hyvään tulevaisuuden kuvaan. (Arnkil, Seikkula & Eriksson 2001, 104; Koulurauha-aineisto, 9–10.)

Tavoitteena menetelmässä on tulevaisuuteen suuntautuminen, toivo ja toiveikkuus, jotka ovat ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin peruspilareita. Niiden avulla päästään hyvän tulevaisuuden ennakointiin. (Kokko 2007, 166.) Vetäjän olennaisimpana tehtävänä on auttaa henkilöitä ajattelemaan ja ilmaisemaan nykytilanteeseensa liittyviä toiveitaan ja huoliaan, tulemaan kuulluksi ja saamaan vaikutelmia toisten ajatuksista ja ilmauksista. Tavoitteena on päästä suunnittelemaan tekoja, jotka lisäävät toivoa ja vähentävät huolia. (Seikkula & Arnkil 2005, 68.) Tätä samaa menetelmää käyttäen ratkaisukeskeisesti on saatu myös ikäihmisten masennusoireiden lisääntyminen vähenemään. Näkökulma mahdollistaa yksilön oman elämän tarkastelun menneisyyteen keskittyen myös nykyisyyteen ja tulevaisuuteen. (Djukanovic, Carlsson & Peterson 2016, 993.)

Jo 1960 – luvulla mm. Robert N. Butler määritteli muistelua luonnolliseksi henkiseksi ikääntymisen prosessiksi. Erik H. Eriksonin kehitysteorian mukaan vuodelta 1963, ikääntymisprosessiin liittyy prosessin tarkastelu ja lujittaminen tarkoituksena saavuttaa henkilökohtainen eheys. Tavoitteen saavuttamisessa on tärkeää edellytys yhdistää menneisyyden kokemukset nykyajan kanssa. Muistelutyömenetelmän etuja on tutkittu monessa tutkimuksessa ja sen on huomattu vähentävän masennusoireita (Wang 2004), lisäävän itsearvostusta (Chao, Liu, Wu, Jin, Chu, Huang & Clark 2006) ja omaa määräysvaltaa (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit & Cuijpers 2005) sekä vähentävän yksinäisyyttä (Chiang, Chu, Chang, Chung, Chen, Chiou & Chou 2010). (Djukanovic ym. 2016, 993.)

Ratkaisukeskeistä menetelmää on käytetty usein terveyden edistämässä ja kuntoutumisessa hyvin tuloksin mm. itseluottamuksen ja sosiaalisen tuen parantuessa (Medin, Bendtsen & Ekberg 2003). Menetelmä voi mahdollistaa myös voimaantumisen kuten Arneson ja Ekberg (2005) tutkimuksessaan pohtivat. Sitä on käytetty myös

stressin ja loppuun palamisen ehkäisemisessä (Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren 2008). (Djukanovic ym. 2016, 993.)

Dialogisuuden ydin korostuu vetäjän kuunnellessa hyvin tarkasti, mitä henkilöllä on sanottavana ja haastattelee kutakin henkilöä yksilönä. Kysymyksien tarkka seuraaminen saattaa haitata dialogisuutta. Kysymykset muotoutuvat sen mukaan, mitä osanottajat sanovat. (Seikkula & Arnkil 2005, 68.) Tutkija käytti apukysymyksiä vetääkseen dialogia ja saadakseen mahdollisimman laajan aineiston. Seuraavaksi on esitetty apukysymykset, joita käytettiin tutkimuksessa Tulevaisuuden muistelu – menetelmää käytettäessä (Koulurauha-aineisto, 2, muokattu).

- Kuvitellaan, että on kulunut vuosi tästä päivästä ja olet siirtynyt taas perusterveydenhuollon palvelujen piiriin ja asiat ovat nyt aika hyvin. Miten ne ovat Sinun kannaltasi?
- Mitä itse teit myönteisen kehityksen aikaansaamiseksi ja mistä sait tukea. Millaista tukea sait?
- Mistä olit huolissasi ”silloin vuosi sitten” ennen siirtymistä perusterveydenhuollon palvelujen piiriin ja mikä sai huolesi vähenemään?
- Mikä perusterveydenhuollossa oli hyvin silloin viimeksi, kun olit perusterveydenhuollon palvelujen piirissä? Miten näitä hyviä tapoja ja käytäntöjä pidettiin yllä?

7.2 Aineiston analysointi

Aineistolähtöisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ilmiötä ilman ennakkolemmuksia tai -määritelmiä ja varsinkin silloin kun tutkittavasta asiasta ei ole olemassa perustietoa. Aineistolähtöisessä analyysissä teoriaa rakennetaan olemassa olevasta, tutkitusta aineistosta käsin. Aineiston rajauksen tärkeys korostuu, jotta aineiston analyysin tekeminen on mielekästä ja järkevää. (Eskola & Suoranta 1998, 19.)

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysissä on merkityksellistä aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen voidaan esittää vaiheittain. Ensin on nauhoitusten kuuntelu,

teksti aukikirjoitetaan sana sanalta ja aineistoa luetaan ja siihen perehdytään. Pelkistettyjen ilmausten etsimisen jälkeen, ne alleviivataan ja listataan sekä etsitään ilmauksista samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Ilmauksista muokataan alaluokat ja niistä edelleen yläluokat kokoavan käsitteen saamiseksi. Se voidaan myös Miles ja Hubermanin (1994) mukaan jaotella kolmivaiheiseksi prosessiksi alkaen aineiston pelkistämisestä, aineiston ryhmittelyn kautta teoreettisten käsitteiden luomiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Suljettuja kivunhallintaryhmiä oli tutkimushetkellä kaksi ja tutkija toteutti haastattelut molemmissa ryhmissä huhtikuussa 2015. Ryhmien osallistujamäärä oli yhteensä 12 henkilöä, joista miehiä oli neljä. Ikäjakauma oli 23–66 vuotta. Kummassakin kivunhallintaryhmässä tutkija selvitti tutkittavien sukupuolen ja iän, ja jokainen haastattelukerta numeroitiin juoksevilla numerolla, sekä sukupuolen mukaan joko N (nainen) tai M (mies) -kirjaimella. Haastattelut merkattiin kirjaimella H ja numeroitiin 1–2.

Haastattelut nauhoitettiin suunnitellusti kahdelle sanelukoneelle ja haastattelut etenivät tutkijan käyttäessä apuna neljää valmiiksi mietittyä apukysymystä. Tutkimuksen aikana tutkijalla ei ollut tarvetta tehdä muistiinpanoja. Aineisto litteroitiin suoraan sanelukoneelta Word -tekstiksi. Aineistoa syntyi 46 sivua kirjoitettuna rivivälillä 1,5 fontilla Calibri. Aineiston analyysi tehtiin neljää apukysymystä jaottelussa käyttäen, ja apukysymykset eriteltiin vielä pienempiin kysymyksiin. Apukysymysten alle etsittiin litteroidusta tekstistä vastauksia. Vastaukset pelkistettiin kokoaviksi käsitteiksi. Pelkistysten analysoinnin jälkeen, niistä koottiin alaluokkia. Yläluokat muodostuivat apukysymyksistä. Jokaisen yläluokan alle muodostuivat kokoavat alaluokat pelkistyksistä. Yläluokat ovat apukysymyksistä muodostuneet kivunhoidon jatkuvuuden unelmat, jotka esitellään seuraavassa osiossa.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kipupotilaiden unelmat kivunhoidon jatkuvuudesta (ks. kuvio 2.) koostuvat neljästä eri alueesta, joita ovat huolet siirryttäessä perusterveydenhuollon (pth) palvelujen piiriin, aiemmat kokemukset hyvästä kivunhoidon palvelukokonaisuudesta perusterveydenhuollossa, unelmien perusterveydenhuollon palvelukokonaisuus kivunhoidossa sekä unelmien kivunhoito.



KUVIO 2. Kivunhoidon jatkuvuus

8.1 Kipupotilaiden huolet

Kipupotilaiden huolet siirryttäessä perusterveydenhuollon (pth) palvelujen piiriin (ks. kuvio 3.) koostuvat huolenaiheista ja huolia vähentävistä asioista. Huolet nousevat esille aiemmista kokemuksista kipupotilaiden ollessa perusterveydenhuollon asiakaina. Huolenaiheita ovat henkilöstön ammattitaito ja pysyvyys, kivunhoidon palvelujen ja hoitomuotojen saatavuus sekä kivunhoidon organisoiminen. Huolia vähentävät asiat on jaoteltu korkeaan hoidon tasoon, hoidon seurantaan ja kontrollikäynteihin kipupoliklinikalle sekä kuntoutukseen ja työhön paluun mahdollistamiseen.



KUVIO 3. Kipupotilaiden huolet

Kipupotilaiden mielessä on monia huolenaiheita ennen siirtymistä perusterveydenhuollon palvelujen piiriin, mutta yksi niistä on **henkilöstön ammattitaito ja pysyvyys**. Kipupotilaita huolettaa ammattitaito erityisesti kivunhoidon osaamisessa ja ymmärtämisessä etenkin lääkäreillä, mutta myös muissa ammattiryhmissä. Empatia ja asiakkaan todesta ottaminen koetaan hyvän ammattilaisen ominaisuuksiksi. Huolta ai-

heuttavat eri ammattihenkilöiden vaihtuvuus. Tutut ammattihenkilöt helpottavat uuteen tai jo ennestään tuttuun paikkaan siirtymistä.

”...mulla on negatiivisia kokemuksia nuoresta sosiaalityöntekijästä, et mä ite tiesin enempi asioita kuin hän, niin semmoset käynnit kuormittaa henkisesti. Jos pitää tavallaan niinkö työntekijää avittaa niissä asioissa, niin ei niistä käynneistä oo mitään hyötyä.” (H2, N9)

”Varmaan niitten henkilöstön eri aloilla olevien ihmisten vaihtuvuus, että pysyis samana...” (H1, N5)

Kivunhoidon palvelujen ja hoitomuotojen saatavuus käsittävät monia eri alueita kuten huolenaiheen turvallisen ja toimivan lääkehoidon osalta. Lääkityksen uusiminen erikoissairaanhoidon siirryttäessä on monen kipupotilaan mielestä ensimmäinen helpotusta elämään tuova asia, jolla kivut saatiin hallintaan. Kipupotilaiden mukaan perusterveydenhuollossa ei ole osaamista kivunhoidossa käytettävistä lääkkeistä ja lääkekokeilut aiheuttavat somaattisia ongelmia psyykkisten huoltien lisäksi. Erikoissairaanhoidossa määrätyt hoitosuunnitelman mukaiset lääkkeet saatetaan vaihtaa perusterveydenhuollossa toiseksi mielipide-erojen tai erityisosaamisen puutteen vuoksi.

”...lääkityksen uusiminen oli se ehoton ykkönen, että sillä saatiin ne kivut rauhoittumaan ja mie opin luottamaan lääkkeeseen, ko siel perusterveydenhuollon puolela, sitä aina pistettiin vain kokeileppa tätä ja tätä. Niitä laatikoita ja laatikoita on kotonaki käyttämättä, niitä lääkkeitä ja eikä niistä oo tuon taivaallista hyötyä,...” (H1, N2)

Kivunhoidon palvelujen ja hoitomuotojen saatavuuteen kuuluvat myös huolenaiheet kohonneen fyysisen ja psyykkisen aktiivisuuden vähentymisestä sekä vertaistuen löytymisestä. Liikuntakykyä pystytään paremmin pitämään yllä erikoissairaanhoidon tutkimusten ja optimaalisen lääkityksen ansiosta, mutta myös fysioterapian ja kuntoutuksen vuoksi. Hyvän liikunta- tai harrastusryhmän löytäminen auttaa selviämään niin fyysisistä kuin psyykkisistäkin kuormittavuutta lisäävistä haasteista. Vertaistuen merkitys koetaan erittäin tärkeäksi. Kivunhoidon poliklinikan suljetut kivunhallintaryhmät tuovat apua sairauden hyväksymiseen ja sen kanssa selviytymiseen. Säännölliset kontrollikäynnit auttavat hoitosuunnitelman noudattamisessa ja kivunhoidon jatkuvuuden turvaamisessa.

”...että edelleen sais, ettei sieltä nää maksusitoumukset vähenis, että mä saisin nämä kuntoutukset ja nää jatkuis mun elämän, koska se viimeinen tulevaisuus on että mä oon pyörätuolissa.” (H1, N4)

Huolenaihe **kivunhoidon organisoimisessa** nostaa esiin mietteen tyhjän päälle jäämisestä erikoissairaanhoidon käyntien tai Kivunhoidon yksikön hoitosuhteen loppuessa. Hoidon jatkuvuus ja suunnitelmallisuus saattavat vaarantua, kun siirrytään organisaatiosta toiseen. Ammatillaiset vaihtuvat, ja pelko omien sairaustietojen siirtymisestä ja niiden huomioimisesta painavat mieltä, jota säästää huoli siitä keneen voi ottaa yhteyttä tarpeen tullessa. Kipupotilaiden mielestä on hyvä, että erikoissairaanhoidon kaikki tiedot ovat siirtyneet perusterveydenhuollon käytettäväksi ja nähtäväksi, jotta potilastietoja ei tarvitse uudessa yksikössä uudelleen kertoa. Kipupotilaiden mielestä on erittäin suuri rasite, että joutuu omia potilasasioitaan aina uudestaan selittämään hoitoon osallistuville ammattilaisille.

”...ei tarttis kertoa juurta jaksan aina alusta kaikkea...” (H1, N3)

Huolia vähentäviin asioihin kuuluva **korkea hoidon taso** edellyttää kivunhoidon jatkuvan yhtä laadukkaana kuin erikoissairaanhoidossa. Kipupotilaan kykyjen ja voimavarojen huomioiminen kokonaisuutena sekä potilastietojen siirtyminen ja käyttäminen, vähentävät huolia perusterveydenhuoltoon siirtymisessä. Kipupotilaat toivovat, että perusterveydenhuollosta löytyy kipuun erikoistunut henkilö, jonka puoleen he voivat kääntyä tarvittaessa.

”...kyllä mie uskon, että ko täälä on ollu ja täältä varmaan mennee jonkunlainen tieto sinne terveyskeskukseen niin on niilä kuitenkin se, vaikka se ois se hoitaja sitte, että joka kuuntelis ja joka konsultois sitte lääkäriä ja sillä tavalla tai sitte joku jonka kanssa kävis sitte juttelemassa.” (H1, N2)

Terveyskeskuksessa tai terveysasemalla järjestettyyn **hoidon seurantaan** kuuluu potilaan tilan säännöllinen seuraaminen ilman että kipupotilaan täytyy siitä muistaa huolehtia. Tällaiseen jatkuvaan seurantaan kuuluvat esimerkiksi lääkehoidon vaikuttavuus ja laboratoriokokeet. Varma kontrollikäynti Kivunhoidon poliklinikalle kerran puolessa vuodessa tai kerran vuodessa vahvistaa hoidon seurantaa ja tukee erikoissairaanhoidossa aloitetun kivunhoidon hoitosuunnitelman toteutumista. **Kuntoutus**

ja työhön paluun mahdollistaminen koetaan osaksi hoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Kuntoutukseen pääseminen on unelma, joka mahdollistaa fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpidon, sekä antaa toivon ja mahdollisuuden työelämään paluusta.

”Mää toivon, että mä saan sitte sieltä (kuntoutus) semmoset eväät, et mä pärjään tän kivun kanssa, se on mun suurin unelma. Se työelämään paluu ei varmaan ilman työkokeilua onnistu, että mä sen kuntoutuksen avulla pääsen semmoseen kuntoon, et mä pääsen kokeileen niinku työkokeilua tai sitte johonki sais vaikka kuntoutustuen, että pystyis palamaan jatkokoulutukseen tai jotain tämmöistä.” (H2, N9)

8.2 Kipupotilaiden kokemukset

Kipupotilaiden aiemmat kokemukset hyvistä perusterveydenhuollon palveluista (ks. kuvio 4.) muodostavat hyvän perusterveydenhuollon palvelukokonaisuuden, johon kuuluvat toimivat lääkäripalvelut, muiden ammattiryhmien palvelut, hyvät rakenteelliset puitteet ja toimiva ajanvaraus sekä saattaen vaihto.



KUVIO 4. Kipupotilaiden kokemukset

Toimivat lääkäripalvelut tarkoittavat pitkälti omalääkärin vastaanotolle pääsyä helposti. Omalääkäri tuntee potilaan sairaushistorian ja nykytilanteen. Lääkärin vaihtuminen huonontaa tilannetta hoidon jatkuvuuden kannalta ja luottamuksellisen hoitosuhteen synty vaarantuu. Työterveyslääkärin palvelut on myös koettu hyväksi, ja työterveyssojimus mahdollistaa konsultoinnin muille aloille.

”... , sehän (omalääkäri) kyllä saa konsultointia ihan mihin suuntaan vain. Että mie en niinkö käytännössä ole huolissani siitä.” (H2, M6)

Kivunhoidon tiimin, fysioterapian ja hoitajien antama tuki ovat esimerkkejä **muiden ammattiryhmien palveluista**. Kivunhoidon tiimi koetaan merkittäväksi asiaksi hoidon

suunnittelussa, jossa potilas otetaan tiimin jäseneksi. Fysioterapia koetaan paitsi fyysisissä myös psyykkisissä haasteissa auttajana. Fyysisen hoidon aikana tulee potilaan kanssa keskusteltua muutakin, mikä taas auttaa kipupotilaan jaksamisessa. Ammattitaitoiset hoitajat ovat kipupotilaiden tukena.

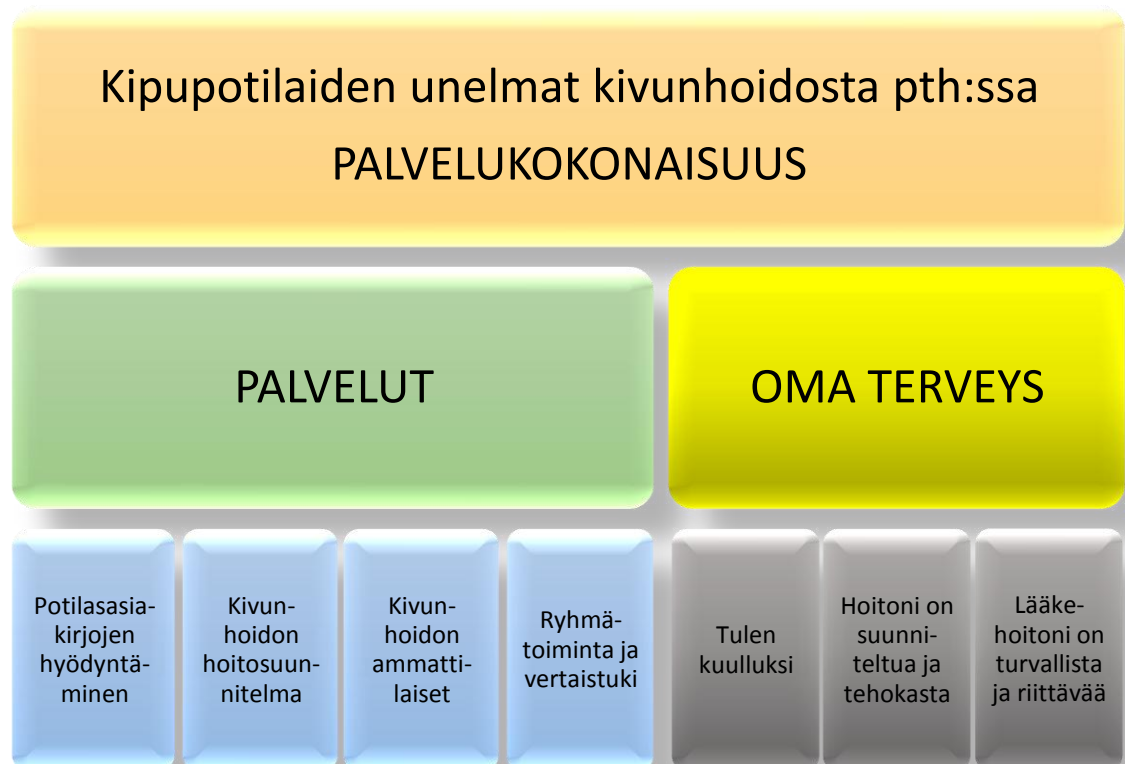
”No fysioterapia on hyvä, sehän on ainut kontakti mulla siellä ja se varmaan tulee olemaan vuojen päästäki, luulen niin.” (H2, N12)

Kokemukset terveyskeskuksen tai terveysaseman **hyvistä rakenteellisista puitteista ja toimivasta ajanvarauksesta** saavat myönteistä palautetta. Jotkut kipupotilaat kokevat, että ovat hyvin saaneet vastaanottoaikoja eri ammattilaisille. Myös tilavat ja uudet tilat luovat positiivisen kokemuksen. **Saattaen vaihdossa** perusterveydenhuollossa kipupotilaasta vastaava tai vastaavat henkilöt käyvät erikoissairaanhoidossa kuulemassa perusterveydenhuoltoon siirtyvästä kipupotilaasta, hänen sairaushistoriansa, hoidon tavoitteistaan ja seurannasta. Näin toivotetaan kipupotilas tervetulleeksi perusterveydenhuollon palvelujen piiriin ja annetaan hänelle tunne siitä, että hänen kivunhoidostaan ja sen jatkuvuudesta ollaan kiinnostuneita.

”... mie olen kipupolin asiakkaana olin kaks vuotta ensin ja sitä jo vähän valmisteltiin sitä, sitä tuone tk:hon asian siirtämistä ja sielä kuitenkin vaikka kyseisessä tk:ssa ei muita kipupotilaita ollu kuin minä, mutta sieltä tk:sta tuli kesäksi, kolmeksi kuukaueksi lääkäri sinne kipupolille ja tuota myös hoitaja koulutettavaksi näitä asioita varten.” (H1, M8)

8.3 Unelmien kivunhoidon palvelukokonaisuus

Unelmien kivunhoidon palvelukokonaisuus (ks. kuvio 5.) koostuu perusterveydenhuollon hyviksi koetuista palveluista ja oman terveyden kannalta merkittävistä asioista. Unelmien kivunhoidon palvelukokonaisuus on osa unelmien kivunhoitoa. Palveluihin kuuluvat potilasasiakirjojen hyödyntäminen, kivunhoidon hoitosuunnitelma, kivunhoidon ammattilaiset sekä ryhmätoiminta- ja vertaistuki. Oma terveys on tunnetta, että tulen kuulluksi, kokemusta, että hoitoni on suunniteltua ja tehokasta sekä tietoa, että lääkehoitoni on turvallista ja riittävää.



KUVIO 5. Unelmien kivunhoidon palvelukokonaisuus

Nykyisessä tietoyhteiskunnassa **potilasasiakirjojen hyödyntäminen** onnistuu oman sairaanhoitopiirin sisällä, ja tietoliikenneyhteyksien toimiessa ne ovat helposti luettavissa ja hyödynnettävissä omassa terveyskeskuksessa tai terveysasemalla. Kipupotilaat toivovat, että heidän tietonsa siirtyvät perusterveydenhuollon palveluihin ammattilaisten nähtäville muuttumattomina, jotta heidän ei tarvitse omaa potilashistoriaansa

selvittää. He toivovat, että tietoja myös hyödynnettäisiin esimerkiksi vastaanotto-
käynnin yhteydessä.

*”Minun kaikki tiedot on siirtynyt sitten sinne mitä täällä erikoissairaan-
hoidossa on saatu tutkimusteni ja käyntien osalta selväksi, niin tuota ne
siirtyy sinne perusterveydenhuollon puolelle.” (H1, N1)*

Perusterveydenhuolto koetaan luotettavaksi arjen tukijaksi, jossa **kivunhoidon hoi-
tosuunnitelmaa** noudatetaan. Kipupotilas voi luottaa omaan terveyskeskukseen ja
sen antamiin palveluihin. Kipupotilailla on tiedossa kehen otetaan yhteyttä tarpeen
vaatiessa, ja ammattilainen hoitaa jatkohoidon ja seurannan. Apuvälineiden saanti ja
kuntouttaminen koetaan palvelukokonaisuuteen kuuluviksi asioiksi. Hoitosuunnitel-
man noudattaminen takaa sen, että hoidon seuranta jatkuu entisenlaisena laborato-
riokokeineen ja vastaanottoaikoineen.

*”Että tuota kovia särkylääkkeitä joutuu syömään ja sitte ko täältä lop-
puu verikokkeet ja tämmöset näin, niin nehän loppuu sitte tuoltaki, että
semmoset että ne niinkö jatkuis sieläki, että ilman että minun pitäis niis-
tä alkaa huolehtimaan...” (H2, N12)*

Kivunhoidon ammattilaisiin kuuluvat kaikki ne perusterveydenhuollossa työskente-
levät henkilöt, joiden kanssa kipupotilas on tekemisissä, tai jotka antavat ryhmäohja-
usta, tai jonka vastaanotolla kipupotilaat käyvät. Ammattitaitoiselle omalääkärille saa
helposti ajan, ja tutun ammattilaisen luo on mukava mennä. Lääkäri, jolla on hallin-
nassaan erilaiset kivunhoidon menetelmät ja tieto uusista hoitomuodoista, on posi-
tiivinen asia. Ammattilaisen ominaisuuksiin kuuluvat potilaan kuunteleminen ja ar-
vostaminen. Hoidon seuranta, sekä ohjaaminen seuraavalle ammattilaiselle potilaan
tätä tarviessa, helpottaa kipupotilaan omaa huolehtimista. Ammattilaisista koostuva
tiimi on esimerkki hoidon suunnitelmallisuudesta ja potilaan mukaan ottamisesta
omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

*”...vois sielä olla joku semmonen ryhmä, vaikka semmonen tiimi, josa
niinkö eri alojen ihmisiä, ois vaikka sairaanhoitaja, fysioterapeutti, joku
joku ehkä mielenterveyspuolen ihminen ja lääkäri ja sitte mie itte kuu-
lemassa taikka keskustelemassa, semmonen keskusteluryhmä ja jokka
sitte sieltä antaa sitä ohjetta että mitä tehhään jos ja kun tarttee apua
lisää.” (H1, N2)*

Säännöllinen **ryhmätoiminta ja vertaistuen** saaminen koetaan merkityksellisiksi asioiksi oman psyykkisen jaksamisen kannalta. Toivottuja ryhmätoiminnan muotoja ovat kipuryhmät sekä liikunta- ja harrasteryhmät. Vertaistukitilaisuuksissa kipupotilaat samaistuvat ja voivat antaa tukea toisilleen. Parhaiten kroonista kipua ymmärtää sellainen henkilö, joka itse elää kivun kanssa. Kivunhoitoon perehtyneen ammattilaisen vetämä kipuryhmä koetaan tärkeäksi, esimerkiksi ryhmässä käydyn tehtäväkirjan vuoksi, joka auttaa selviytymisessä kroonisen kivun kanssa.

”... kyllä tää (ryhmätoiminta) mun mielestä on tärkeä... yleensäkin siis vertaistuki. Joo ehkä sen takia että voi itte olla niinkö apuna tai sitte saa itte apua, molemminpäin.” (H2, M11)

Oman terveyden kannalta koetaan tärkeäksi sekä psyykkinen että fyysinen terveys. **Tulen kuulluksi** sisältää unelman siitä, että kipupotilas ja hänen kipunsa otetaan todesta, eikä niitä vähätellä. Krooninen kipu ei välttämättä näy päällepäin, ja kipupotilaat ovat kohdanneet paljon arvostelua kivun olemassaolosta. Oman tilanteen toivotaan pysyvän vuoden päästä samanlaisena tai jopa parempana. Siinä auttaa oman terveyden kannalta unelma **hoitoni on suunniteltua ja tehokasta**. Ratkaisut ja tulevaisuuden näkymät oman terveydentilan suhteen koetaan tätä unelmaa tukeviksi asioiksi. Unelma täydellisestä parantumisesta ilman lääkkeitä ja apuvälineitä käy mielessä. Realistisesti toivotaan kuitenkin, että liikuntakyky säilyy ja tarvittaessa saa liikumisen apuvälineitä. Töihin palaaminen on monen haave.

”Ei oikeestaan sillä lailla on, että nyt on kaikki saatu pyöriin oikein. Tiedän paljon, joilla ei toimi, mutta mulla nyt sattuu toimimaan kuhan vaan jatkuis.” (H1, N4)

Lääkehoitoni on turvallista ja tehokasta tukee kykyä elää normaalia elämää ilman vahvojen lääkkeiden tuomaa tokkuraisuutta kuten myös sitä, että kivut ovat hallinnassa ja hoidettavissa. Turhien, toimimattomien kipulääkkeiden syöminen aiheuttaa huolta oman terveyden, kuten myös hoidon tehokkuuden suhteen.

”...mulla ois lääkitys kohallaan etten mitään turhaa lääkettä käyttäis, että ne tehoais ne mitä on...” (H1, N5)

8.4 Unelmien kivunhoito

Unelmien kivunhoito (ks. kuvio 6.) on oman kivun kanssa elämistä sekä erilaisia tukitoimia kivun kanssa pärjäämiseen. Oma kipu koostuu asenne ratkaisee ja sinuiksi kivun kanssa kohdista, jotka molemmat kuvastavat omaa työtä myönteisen kehityksen aikaansaamiseksi. Kivunhoidon tuki koostuu kolmesta eri tukiverkosta, joita ovat terveyspalveluiden yksilövastaanotot, terveyspalveluiden ryhmävastaanotot sekä henkilökohtainen sosiaalinen tukiverkosto. Näiden tukiverkkojen tuen muodot ovat vertaistuki, ammattilaisten antama tuki sekä henkilökohtaisen sosiaalisen tukiverkoston antama tuki.



KUVIO 6. Unelmien kivunhoito

Oma **asenne ratkaisee** hyvin paljon niitä tunteita ja ajatuksia miten kroonisen kivun kanssa selviydytään. Täytyy keskittyä ja treenata, että elimistö jaksaa kamppailla kroonisen kivun kanssa, liikeradat pysyvät ja kunto on parempi. Oman kunnon ylläpitäminen, ja siihen ohjauksen saaminen pitävät yllä positiivista mielialaa. Oma myön-

teinen suhtautuminen tilanteeseen välttää vaipumasta masennustilaan, vaikka aina ei sekään riitä. Monella kipupotilaalla on säännöllisiä avopsykiatrian käyntejä arjessa selviytymisen tueksi, jos omat voimat eivät riitä tai henkilökohtaisen tukiverkoston apu ei ole riittävää. Unelma paremmasta auttaa myös jaksamaan arjessa.

”Että sitähan voi niinkö jäähä voivottelemaan, sänkyyn makaamaan ja masentua sinne jos siihen ryhtyy, mutta se on niinkö paljon auttanut se, että tuota että miten niinkö itte suhtautuu, että ei niinkö jää makaamaan ja oottamaan sitä ihmettä.” (H1, M8)

Sinuiksi sairauden kanssa tarkoittaa oman sairauden hyväksymistä, sekä oman psyykkisen että fyysisen terveydentilan ymmärtämistä. Sairaus tuo ongelmia tullessaan, mutta on hyvä, jos niistä voi puhua jollekin. Oman tilanteen ymmärtäminen auttaa toisen tarjoaman avun vastaanottamisessa. Sinnikkyys ja sisu auttavat jaksamaan arjessa. Omien asioiden hoitaminen, tiedon hankkiminen ja omien puolien pitäminen ovat sinuiksi olemista oman sairauden kanssa.

”...minun pittää kans hyväksyä ite se, että en ole enää terve ja enkä ole se sama ihminen mikä olen ollu silloin terveenä ollessa.” (H1, N2)

Kivunhoidon tuen ensimmäinen palvelu on **terveyspalveluiden yksilövastaanotot**, joissa eri ammatti-ihmiset auttavat tai hoitavat kipupotilasta oman sairauden kanssa selviämässä. Joillakin on tarvetta säännöllisille käynneille, toiset käyvät harvemmin, mutta tarpeen vaatiessa jokaisella on mahdollisuus tällaiseen tukeen. Tuen tarve on erilainen, milloin tarvitsee lääkäriä, milloin hoitajaa, milloin fysioterapeuttia tai mielenterveyshoitajaa, mutta kaikilta näiltä odotetaan myös kuuntelemisen taitoa, tai kontakti voi olla pelkästään vain sellaista.

”..., jos siellä olis joku tukihenkilö, niin vois varata aikaa. Sellaiselle varaisin, olisko se sit se kipuhoitaja vai, erityinen tukihenkilö kipupotilaalle.” (H1, N1)

Toisena käsitellään **terveyspalveluiden ryhmävastaanottoja**, joita yksilövastaanottojen ammattilaiset voivat myös vetää kuten esimerkiksi fysioterapeutti liikuntaryhmässä tai kipusairaanhoitaja kivunhallinnan ryhmässä. Kipurymätoiminta koetaan

edelleen arvokkaaksi asiaksi ja sen toivotaan jatkuvan jollain tapaa. Kipur ryhmään toivotaan kroonisesta kivusta kärsiviä ihmisiä, jolloin vertaistuen koetaan olevan merkityksellisintä. Kolmantena tulee **henkilökohtainen sosiaalinen tukiverkosto**, jossa kolmas sektori yhtenä tukiverkoston osana on vahvasti läsnä. Järjestötoimintaan osallistuminen ja sen tuoma tuki ja tieto omaan sairauteen, siinä selviytymiseen, ja jopa kansainvälinen yhdistystoiminta kiinnostavat monia ja moni on saanut sieltä arvokasta tukea. Myös eri harrasteryhmistä voi saada mielihyvää, riittää kun saa vain keskustella kanssaihmisten kanssa. Myös omat perheenjäsenet ja ystävät ovat tukiverkkoa unohtamatta myöskään eläinystäviä ja niiden tuomaa iloa.

”No perheestä, perhe on se voimavara,...” (H1, N1)

Tuen muodoista **vertaistuki** on suuri voimavara, jonka äärellä kipupotilas saa olla oma itsensä. Oma olotilaansa eikä kipuaan tarvitse selittää vertaistensa seurassa. Voimaantumisen tunne tulee siitä, että painitaan samanlaisten ongelmien kanssa, mutta niistä on mahdollisuus selvitä. Tukea ja tietoa omaan sairauteen saa myös järjestöistä ja yhdistyksistä.

”Täällä uskotaan, tämmönen vertaistuki, täällä uskotaan, ei mun tartte täällä sanoa että voi jumalauta mä oon kipeä. Mie äsken sanoin, että mä oon yöt itkeny ja hää vaan vilkas ja katto tällä lailla ja näki heti että no niin siinäpä se onki, silmät turvoksissa, että kipiähän tuo on ollut, että ei minun tarttenu alkaa selittämään,...” (H2, N12)

Ammattilaisten antama tuki ja apu koostuu diagnoosin saamisesta, luottamuksellisista pysyvistä hoitosuhteista, konsultaatiomahdollisuuden käyttämisestä, oikeiden asioiden esille tuomisesta ja niistä keskustelemisesta, tutkimisesta ja hoidosta sekä kipupotilaan kohtelemisesta. **Henkilökohtaiseen sosiaalisen tukiverkoston antamaan tukeen** kuuluvat esimerkiksi lapsien ja lastenlapsien varttumisen näkeminen ja heiltä tuleva kannustus. Se on voimavara, joka auttaa ajattelemaan positiivisemmin. Lemmikkien läsnäolo helpottaa myös oloa, niiden antama tuki on pyyteetöntä. Kanssaihmisten kanssa käytävät keskustelut tuovat luottamusta pärjäämiseen.

”...tyttäret jotka kannustaa ja kannustaa ajattelemaan positiivisesti ja kannustaa niinkö eteenpäin, koska haluaa nähdä heidänkin kehityksen ja olla mukana siinä heidänkin tulevaisuudessa,...” (H1, N1)

9 POHDINTA

9.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kipupotilaiden kivunhoidon jatkuvuuden unelmia selvittämällä tuottaa asiakaslähtöistä tietoa kivunhoidon jatkuvuuden kehittämiseksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Tutkimuksen tarkoituksena selvitettiin kahden suljetun kivunhallintaryhmän kipupotilaiden unelmia kivunhoidon jatkuvuudesta.

Huolet

Tutkimuksen tuloksien mukaan kroonisesta kivusta kärsivällä ihmisellä on monenlaisia unelmia kivunhoidon jatkuvuudesta, mutta myös monenlaisia huolia. Kipu liittyy vahvasti moneen sairauteen, mutta ilman perussairautta kivun hoitoon suhtaudutaan vielä monesti aliarvioivasti. Unelmien ajatteleva oli vaikeaa, mutta negatiivisten ajatusten läpikäyminen auttoi löytämään lopulta positiivisia asioita.

Perusterveydenhuollon ensisijainen tehtävä on vastata kipupotilaiden hoidosta ja jatkohoidosta (Haanpää 2010; Haanpää 2013; Hagelberg & Heiskanen 2012). Silti kaikissa kunnissa asiat eivät ole yhtä hyvin ja kipupotilaat ovat eriarvoisessa asemassa tai kokevat, että eivät saa riittävästi apua ongelmiinsa. Tutkimuksen mukaan tärkeimmäksi huolenaiheuttajaksi nousi kivunhoidon osaamisen puute perusterveydenhuollossa kaikissa ammattiryhmissä. Samalla kuvattiin henkilöstön vaihtumista tai sen puutetta, kiirettä, vastaanottoaikojen saamisen ongelmaa, kipupotilaan kohtelua tai erityisosaamisen puutetta esim. sosiaalietuuksissa. Ahon ja Haanpään (2009) mukaan kivunhoidon moniammatillinen arvio helpottaisi kipupotilaan hoitoa ja erityisosaamisen puutteeseen toisi helpotusta juuri kyseisen alan ammattilaisen antama neuvonta. Riittämättömillä henkilökunnan resursseilla on vaikea järjestää vastaanot-

toaikoja niitä tarvitseville tai vastaanottoaikojen pituudet ovat niin lyhyitä, että syvälinen paneutuminen kipupotilaiden asioihin ei onnistu kuten myös Hagelbergin ja Heiskasen (2012) artikkelista käy ilmi.

Tutkimuksessa esille nousseisiin huolenaiheisiin kivunhoidon palvelujen ja hoitomuotojen saatavuudesta sekä kivunhoidon organisoimisesta, toisi apua kivunhoidon hoitosuunnitelma. Hagelbergin ja Heiskasen (2012) mukaan perusterveydenhuollon ydinosajärjestelmän ovat pitkäaikaissairaiden hoitomallit, jossa hoitosuunnitelman tekeminen myös kivunhoidon osa-alueeseen on keskeistä niin lääkityksen, kuntoutuksen ja muiden tukitoimien osalta. Perusterveydenhuollossa on kaikki edellytykset hoidon tavoitteiden asettelulle ja hoidon jatkuvuudelle sekä potilaan mukaan ottamiselle häntä itseään koskevaan päätöksentekoon (Moda ym. 2011).

Tutkimuksen mukaan tutkittavien huolia vähensi tieto siitä, että perusterveydenhuollossa jatkuu korkea hoidon taso, hoidon seuranta on järjestetty, sekä kuntoutusmahdollisuuksien ja työhön paluun arvioiminen ja toteutus mahdollistuisivat. Terveystieteiden huoltolain mukaan pitkäaikaissairaille laaditaan hoitosuunnitelma ja perusterveydenhuollon monien vahvuuksien ja toimintatapojen käyttö myös kipupotilaiden hoidossa turvaisi hoidon jatkuvuuden ja seurannan (Hagelberg & Heiskanen 2012). Hoitotyön näkökulmasta yksilöllisesti laaditulla hoitosuunnitelmalla turvataan hoidon jatkuvuus (Rautava-Nurmi ym. 2012, 25). Kuntien vastuulla on lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen ja apuvälineiden hankinta, mutta myös yli 65 -vuotiaiden kuntoutuksen toteuttaminen (Aho & Haanpää 2009, 524–524). Potilaan kokonaisvaltaisen huomioiminen ja kuntoutusmahdollisuuksien selvittely mahdollisimman varhaisessa vaiheessa vaikuttavat potilaan ennusteeseen (Aho & Haanpää 2009, 534).

Kokemukset

Tutkimuksen mukaan kipupotilailla on huolien jälkeen myös positiivisia ajatuksia perusterveydenhuollon palveluista. Joidenkin kohdalla palveluiden saanti on onnistunut monella eri osa-alueella ja taas toisaalta joidenkin kohdalla vain yksi osa-alue on onnistuttu hoitaa. Moniammatilliselle arviolle tai kivunhoidon tiimille on tarvetta, jolloin potilas saa itse vaikuttaa hoidon tavoitteisiin ja saa monen eri ammattilaisen

arviota ja ohjausta. Sote-ennakoinnin (2011, 50–52) mukaan asiakaslähtöisyys ja tiimityöskentely ovat uusia osaamisvaatimuksia sosiaali- ja terveysalan rakenteiden ja prosessien muutoksessa, mutta joista koetaan olevan asiakkaalle enemmän hyötyä. Tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että kipupotilaiden omat kokemukset ovat keskeisiä kehitettäessä laadukasta potilaslähtöistä hoitoa kuten Smits ja muiden (2012, 206–207) sekä Skuladottir ja Halldorsdottir (2011, 8) tutkimuksissa käy ilmi.

Fysioterapeuttien ja hoitajien antamasta tuesta ja hoidosta on hyviä kokemuksia, jolloin myös heidän antamat palvelut koetaan merkityksellisiksi palvelukokonaisuutta ajatellen. Fysioterapeutit antavat mm. lääkinällistä kuntoutusta (Aho & Haanpää 2009, 523–524). Kivun hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan sekä hänen läheistensä auttamista hoitotyön keinoin. Se edellyttää sairaanhoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipu, valita sopiva hoitotyön auttamiskeino yhdistäen se kivunhoidollisiin menetelmiin lopuksi arvioiden hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 9.)

Unelmien palvelukokonaisuus

Tämän tutkimuksen mukaan unelmien palvelukokonaisuudessa otetaan huomioon niin potilasasiakirjojen hyödyntäminen, hoitosuunnitelma, ammattilaiset sekä ryhmätoiminta ja vertaistuki. Näiden kaikkien huomioon ottamista vaaditaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Walkerin (2014) tutkimuksen mukaan kivun monimuotoisuuden ymmärtäminen antaa mahdollisuuden tuottaa potilaslähtöistä hoitoa. Hagelberg ja Heiskanen (2012) ovat samoilla linjoilla, että perusterveydenhuollossa kroonisen kivunhoidon toteutus eri palveluineen on mahdollista, kunhan siihen varataan riittävästi aikaa ja asiaan paneudutaan kunnolla. Ryhmätoiminta ja vertaistuen saaminen toisivat kipupotilaiden hoidon jatkuvuuteen syvyyttä. Samanlaisia ajatuksia ryhmätoiminnasta ja siitä saadun vertaistuen merkityksestä pohtivat myös Holma, Koivula ja Joronen (2010) artikkelissaan.

Palveluilla on tärkeä rooli kipupotilaiden hoidon jatkuvuudessa, mutta niin on oman terveydenkin kannalta merkittävien asioiden huomioimisessa. Ihmisarvoinen kohtelu ja kuulluksi tuleminen vahvistavat omaa terveyttä. Moni kroonisesta kivusta kärsivä kokee tulevansa terveydenhuollon henkilökunnan osalta aliarvostetuksi, petetyksi tai

jopa hylätyksi, jos henkilö ei ole tai ei näytä tarpeeksi uskottavalta ja kipeältä (Skuldottir & Halldorsdottir 2011, 82, 89). Sairaanhoitajan tiedot, taidot ja asenteet antavat valmiudet kivun hoitotyön toteutukseen. Vähättelevä asenne ja suhtautuminen välinpitämättömästi potilaan kipuun, sekä eri ammattiryhmien yhteistyön puute, ovat esteenä kivun hoitotyön toteuttamiselle. (Salanterä ym. 2006, 11–12.) Voidaan olettaa, että osaamattomuuden taakse kätkeytyy usein asia, että potilaan kipua ei ole mahdollista edes huomata, koska ei ole työkaluja ja koulutusta asiaan. Tutkimuksen mukaan moni kroonisesta kivusta kärsivä on kohdannut vähättelevää asennetta ammattilaisten taholta, jopa suoranaista loukkausta.

Tehokas ja suunniteltu hoito tukee omaa terveyttä, koska tehokkaalla hoidolla on tavoitteet mitä kohti edetä. Tulevaisuudenkuvasta voi muodostua positiivinen oikeilla ratkaisulla. Myös lääkehoidolta vaaditaan tehokkuutta turvallisuudesta tinkimättä. Cox (2010, 38–39) mukaan farmakologisen ja ei-farmakologisen hoidon yhdistäminen tuottaa luultavasti enemmän hyötyä kivusta kärsivälle potilaalle kuin pelkästään toisen aiheuttama hyöty.

Unelmien kivunhoito

Tutkimuksen mukaan unelmien kivunhoito koostuu oman kivun kanssa pärjäämisestä ja erilaisista kivunhoidon tukimuodoista. Oman tilanteen ja sairauden hyväksyminen auttavat kipupotilasta hyväksymään omia tunteitaan ja ajatuksiaan kroonisen kivun kanssa selviytymisessä. Pelkästään ei riitä, että apu ja tuki tuodaan valmiiksi tarjolle, vaan omasta itsestä täytyy löytyä sinnikkyyttä hoitaa omaa sairauttaan ja etsiä siihen tukimuotoja. Voidaan olettaa, että kivunhoidon tukimuotojen löytyessä myös oman kivun hallinnasta saa tukea ja toivoa pärjäämisessä. Oikeus hyvään hoitoon on kansalaisten perusoikeus. Potilaan mahdollisimman hyvä hoito, kuten myös kivun hoito ja sen lievittäminen, kuuluvat sekä lääkäreiden että sairaanhoitajien ohjeistukseen. (Haanpää 2009, 509.)

Djukanovicin ja muiden (2016, 994) tutkimuksessa ryhmäkeskustelun muotoina käytettiin muistelua ja ratkaisukeskeisen menetelmän yhdistämistä. Molempien hyötyinä ovat olleet parantunut itsetunto, vähentynyt yksinäisyys, sekä parantunut itsetuottamus ja sosiaalinen tuki, jotka kaikki ovat tärkeitä henkisen terveyden kannalta. Myös tässä tutkimuksessa voidaan kipupotilaan hoidon jatkuvuuden tuloksissa nähdä samoja piirteitä, joissa unelmien kivunhoito koostuu oman kivun hallinnasta ja kivunhoidon tukimuodoista.

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkija kuuluu Lapin Sairaanhoidopiirin alueellisen kivunhoidon hoitajaryhmään, joka koostuu Lapin Sairaanhoidopiirin alueen kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan hoitajista. Alueellisen kivunhoidon koulutuspäivät on järjestetty vuosittain ja hoitajat ovat kertoneet kokemuksistaan kroonisen kivun saralla. Vuosien saatossa on tullut esille, että kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden eriarvoisuus on ilmeistä Lapin Sairaanhoidopiirin alueella riippuen terveyskeskuksen tai terveysaseman sijainnista ja käytännöistä hoitaa kipupotilaita. Tutkija halusi syventää asiaa enemmän ja päätyi työelämäohjaajan sekä ohjaavien opettajien kanssa siihen, että tutkii kroonisesta kivusta kärsivien kipupotilaiden unelmia kivunhoidon jatkuvuudesta, joka sillä hetkellä näyttäytyi suurimpana ongelmana alueellisessa yhteistyössä.

Eettisyys

Tutkittavat henkilöt valikoituivat asiakaslähtöisen näkemyksen antajiksi tutkijan työelämäohjaajan eli kivunhoidon poliklinikan asiantuntijasairaanhoidajan suljetuista kivunhallintaryhmistä. Heillä oli näkemys sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluista. Voidaan ajatella, että ilman tutkijan suhdetta erikoissairaanhoidon ei näin arvokasta näkemystä olisi voinut saada. Tutkija lähetti tutkimukseen osallistuville saatekirjeen tutkimuksen tarkoituksesta (ks. liite 3., 62), sekä Suostumus tutkimukseen osallistuvalla – lomakkeen (ks. liite 4., 63–65), jonka tutkimukseen osallistuvat allekirjoittivat ja palauttivat tutkijan työelämäohjaajalle. Kaikki tutkittavat osallistuivat tutkimuksen tekoon, mikäli eivät olleet sairaina. Tutkimukseen osallistu-

villa oli mahdollisuus olla yhteydessä tutkijaan ennen varsinaista tutkimustilannetta. Tutkija vieraili ensimmäisessä kivunhallintaryhmässä ennen varsinaista tutkimuspäivää ajatellen sen lisäävän luottamusta tutkittaviin tutkimushetkellä. Toista ryhmää tapaamaan tutkija ei päässyt ryhmien aikataulutuksen vuoksi, mutta ei kokenut sen haittaavaan itse tutkimustilannetta. Tutkittaville painotettiin ennen tutkimustilannetta vapaaehtoisuuden merkitystä. Tutkija tarkisti tutkimuksen alussa, että kaikki olivat ymmärtäneet ohjeet ja heillä oli lupa keskeyttää tutkimuksen tekeminen niin halutessaan milloin vain tutkimuksen edetessä.

Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkittavien yksityisyys ja heidän tutkimustilanteessa kertomansa henkilökohtaiset tiedot pysyvät luottamuksellisina. Vapaaehtoinen osallistuminen sekä siitä kieltäytyminen tai poisjättäytyminen myös kesken tutkimustilanteen on oikeutettua. Ajantasainen ja asiaankuuluvan tiedon antaminen aiheen tavoitteista, menetelmistä, tutkijasta itsestään ja kaikesta tutkimukseen liittyvistä näkökohdista, sekä tutkimuksen tulosten aiheuttamien mahdollisten positiivisten ja negatiivisten asioiden läpikäyminen etukäteen, on eettisesti oikein. Oikein on myös varmistaa, että tutkittava on ymmärtänyt kaiken tämän ja mitään ei ole jäänyt epäselväksi. (Declaration of Helsinki 2013.)

Tutkittavien henkilöllisyys ei tullut tutkijalle esille muutoin kuin etunimeltä. Ryhmäläisten omalla vastuulla oli omasta elämästään kertominen. Tämän tutkimuksen eettisiä ongelmia voivat olla tutkittavien täysi anonymiteetti, kun ryhmissä on tapana puhutella etunimillä ja usein tiedetään, missä kukin asuu, tekee tai on tehnyt työkseen. Tätä eettistä ongelmaa voitiin vastaavasti lieventää sillä, että ryhmän säännöissä luottamuksellinen toiminta on ehdotonta sekä ryhmätilanteessa, että ryhmän asioita koskien myös ulkopuolisessa elämässä. Tutkija ei kerännyt itselleen tietoa ryhmäläisten henkilötiedoista. Tutkittavien ikäjakaumalla ja sukupuolella ei tutkimuksessa ollut merkitystä, vaan tiedot kuvasivat tutkittuja henkilöitä. Tutkimuksen kirjallinen aineisto säilytetään tutkijan kotona, kunnes tutkimus on valmis, jonka jälkeen tutkija tuhoaa tutkimusaineiston. Tutkija on käyttänyt siteeratuissa kohdissa tutkittavilta lainattua tekstiä, josta ei pysty päättelemään henkilön identiteettiä.

Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta mitataan yleisimmin laadullisen tutkimuksen yleisillä kriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa ja luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että ryhmäläisistä suurin osa saapui tutkimuspäivänä paikalle, vaikka osallistuminen oli vapaaehtoista. Osa henkilöistä oli sairaana. Voidaan olettaa, että halua osallistua lisäsi tutkittavan aiheen henkilökohtaisuus, kivunhallintaryhmien vetäjä oli tutkijan työelämäohjaaja sekä ensimmäisen kivunhallintaryhmän osalta tutkija ja tutkittavat olivat entuudestaan tuttuja toisilleen.

Tutkimuksen tavoitteen arvioinnissa ja luotettavuutta ajatellessa voidaan todeta, että tämän tutkimuksen luotettavuutta nosti tutkimusmenetelmän tavoitteen toteutuminen, koska suuntauduttiin tulevaisuuteen, toivoon ja toiveikkuuteen, kuten Kokko (2007, 166) teoksessaan menetelmän ominaisuuksia kuvaa. Luotettavuutta lisäsi myös menetelmän käytettävyys ja monipuolisuus, koska se on käytettävissä monissa eri asiakas- ja potilasryhmissä kuten ruotsalaistutkimuksessa tavoitteena vähentää ikäihmisten masennusta (Djukanovic ym. 2016, 992).

Palaverin vetäjä ohjaa ja tukee vuoropuhelua kysymyksillään. Vetäjä ei yritä ratkaista tapausta eikä esitä neuvoja. (Arnkil ym. 2001, 104; Koulurauha-aineisto, 9–10.) Luotettavuutta arvioitaessa ristiriitaisuutta saattoi aiheuttaa tutkijan käyttämät suunnitellut apukysymykset, jotka tutkijan mielestä olivat joidenkin tutkimukseen osallistuvien kohdalla johdattelevia, tai tutkija kommentoi tai kysyi tutkimukseen osallistuvilta asioita, jotka johdattelivat. Johdattelevuutta saattoi lisätä tutkijan esille tuoma kipusairaanhoidajan rooli kivunhoidon jatkuvuuden turvaamisessa, mutta siitä huolimatta tutkittavat eivät nostaneet roolia mitenkään erityisesti esille.

Tutkija oli kuitenkin tietoinen omista lähtökohdistaan ja halusi apukysymyksillä tarkentavaa tietoa tai uusia näkökulmia tutkittaville. Apukysymysten voidaan ajatella tukeneen vuoropuhelua, koska apukysymysten tarkasta seuraamisesta ei tässä tut-

kimuksessa ollut kyse, kuten Seikkula ja Arnkil (2005, 68) teoksessaan varoittavat. Tutkimusmenetelmää käytettäessä vetäjän tehtävänä on auttaa henkilöitä ajattelemaan ja ilmaisemaan nykytilanteeseensa liittyviä toiveitaan ja huoliaan, tulemaan kuulluksi ja saamaan vaikutelmia toisten ajatuksista ja ilmauksista (mts. 68). Dialogisuuden ytimenä pidetään tässä menetelmässä sitä, että vetäjä kuuntelee tarkasti henkilöitä ja haastattelee kutakin yksilönä. Kysymyksiä tarkka seuraaminen saattaa haitata dialogisuutta. Kysymykset muotoutuvat sen mukaan, mitä osanottajat sanovat. (Mts. 68.) Apukysymysten käytön puoltamista ja seuraamista lisää myös se, että kysymysten vapaalle muotoutumiselle ei voinut antaa kovin paljon tilaa ja näin ollen valmiiksi laadittujen apukysymysten käyttö on perusteltua tässä tutkimuksessa, koska etsittiin vastausta tutkimuskysymykselle eikä tarkoituksena ollut ongelman ratkaisu. Jos toissijaisesti joku tutkittavista sai apua menetelmän käytöstä, on se kontekstin valossa positiivinen asia.

Tutkijalla oli suuri merkitys aiheen esittelyllä ja osuvalla aineistonkeruumenetelmällä, jotta tutkittavista saatiin mahdollisimman monipuolista ja hyödynnettävää tietoa. Luotettavuutta nosti se, että haastattelut etenivät siten, että vetäjä kuunteli samalla nauhoittaen henkilöiden ajatuksia vapaana kerrontana tai asian loppuessa käytti apukysymyksiä tukien vuoropuhelua. Tutkittavat eivät keskeyttäneet toisiaan, mutta toisten kuulemista asioista muokkasivat itselle tärkeitä ajatuksia.

Uskottavuus

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja kykyä osoittaa se myös tutkimuksessa. Uskottavuuteen vaikuttaa myös se, että tutkija on tutkittavan ilmiön kanssa ollut tekemisissä kauan, koska tutkittavien henkilöiden ymmärtäminen ja heidän näkökulmansa sisäistäminen vie aikaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että tutkittavien näkemys tutkittavasta kohteesta on varma, koska kroonisesta kivusta kärsivät henkilöt ovat siinä asiassa asiantuntijoita. Tutkimustuloksista tutkija ei keskustellut tutkittavien kanssa enää tutkimuksen jälkeen, mutta tutkijalle jäi ymmärrys siitä, että tutkimustilanteessa puhuttiin oikeista asioista. Tutkija on valmistunut kättilöksi vuonna 2000 ja toiminut kättilönä synnytyskivun parissa muutaman vuoden sekä perusterveyden-

huollossa sairaanhoitajana noin kymmenen vuotta akuutin ja kroonisen kivun parissa. Krooniseen kipuun tutkija on perehtynyt syvemmin muutaman vuoden ajan omakoh- taisten kokemusten, koulutuksen sekä kirjallisuuden ja tutkimustulosten kautta.

Tämän tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että asiakkaiden ja palvelunkäyttäji- en mielipiteitä ja ajatuksia on kuunneltu ja huomioitu kuten Stenvall ja Virtanen (2012, 142) teoksessaan pohtivat uusia palveluja järjestettäessä. Asiakkaiden itsensä esille tuomat ja raportoimat tarpeet tulisivat olla lähtökohtana kehitettäessä krooni- sen kivun hoitoa (Skuladottir & Halldorsdottir 2011, 81). Tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta lisää asiakaslähtöisen ajattelutavan huomioinnottaminen, joka koos- tuu dialogisesta keskustelusta, sekä asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen tunnistami- sesta kuten Sote-ennakoinnissakin (2011, 50–52) pohdittiin.

9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulokset vastasivat tutkimuskysymykseen ja unelmien selvittäminen antoi tietoa, jota on merkityksellistä käyttää hyödyksi kipupotilaiden hoidon jatku- vuutta suunniteltaessa. Tulosten hyödynnettävyys on lähtökohtaisesti tarkoitettu perusterveydenhuoltoon antamaan viitteitä siitä, millaisista asioista kroonisesta ki- vusta kärsivät potilaat ovat kiinnostuneita, ja mistä heidän hyvä kivunhoitonsa koos- tuu. Perusterveydenhuollon kivunhoito vaatii kehittämistä, koska tutkimuksen mu- kaan vaikuttaa siltä, että perusterveydenhuollon kokonaisvaltaisen kivunhoidon puutteiden vuoksi kipupotilas kokee luottamuspulaa perusterveydenhuollon palvelui- ta kohtaan.

Tutkimusten tulosten perusteella voidaan olettaa, että alueellista yhteistyötä kehit- tämällä voidaan kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden hoidon jatkuvuutta turvata, sekä vaikuttaa myönteisesti heidän tulevaisuudenkuvaansa oman sairauden kanssa selviytymisessä. Verkostoitumista sairaanhoitopiirin kuntien ja kuntayhtymien terve- yskeskusten kesken, että erikoissairaanhoidon sekä kolmannen sektorin toimijoihin vaaditaan, että tämän kaltainen yhteistyö onnistuisi. Se vaatii tahtotilaa ja osaavia ihmisiä, koska laissa se on jo säädettyä. Muistelutyömenetelmän ja ratkaisukeskeisen menetelmän käyttö yhdessä ryhmäkeskustelun muotona kipupotilaille voisi saada

aikaan tuloksia, jossa oman itsetunnon nousun myötä ja tulevaisuuteen suuntautuen voisi kipupotilaan niin henkinen, psyykkinen kuin somaattinen terveystilanne parantua. Pitkällä aikavälillä tarkasteltuna olisi mahdollista huomata jopa kansanterveydellisiä vaikutuksia yhteiskunnallisten ja taloudellisten hyötyjen lisäksi esim. työkyvyn parantumisena tai työhön paluun onnistumisen mahdollistumisena sekä masentuneisuuden vähentymisenä.

1. Jatkotutkimuksena voisi tehdä alueellisen mallin kipupotilaan hoidon jatkuvuudesta Sote–itsehallintoalueella, johon Lapin Sairaanhoidopiiri kuuluu. Mallissa paneudutaan syvemmin määritelmiin riittävästä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sekä pohditaan tulevaisuuden erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjakoa sekä kivunhoidon jatkuvuuden turvaamista siinä kontekstissa.
2. Pienemmässä kontekstissa ja omana jatkohaasteena voidaan ajatella yksittäisen kunnan alueella mallintaa omaa kipupotilaan hoidon jatkuvuutta tai hoitoprosessia keskittymällä terveydenhuollon prosessiorganisaatiotyöskentelyyn ja asiakaslähtöisyyteen.
3. Muistelutyömenetelmän sekä ratkaisukeskeisen menetelmän yhdistäminen ja käyttö kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden hoidossa ja sen tutkiminen voisi olla mittavin jatkotutkimushaasteista, mutta toimiessaan toisi myös tutkitaville suoraa hyötyä.

LÄHTEET

Aho, H. & Haanpää, M. 2009. Kipupotilaan sosiaaliturva. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio. Keuruu: Duodecim, 514–534.

Arnkil, T. E., Seikkula, J. & Eriksson, E. 2001. Avoimet dialogit ja ennakoitdialogit — sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä. Viitattu 19.1.2015. [Http://www.julkari.fi](http://www.julkari.fi). STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto Julkari, Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos, Yhteiskuntapolitiikka.

Brattberg, G. 2007. Kipumestarin työkalut. Rovaniemi: Lapin Kipupotilasyhdistys ry.

Cox, F. 2010. Basic principles of pain management: assessment and intervention. Nursing Standard 25, 1, 36–39. Viitattu 26.5.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Ebsco host, Cinahl.

Declaration of Helsinki. 19.10.2013. World Medical Association Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. The Journal of the American Medical Association 20, 2191-2194. Viitattu 28.1.2014. [Http://www.jamanetwork.com/](http://www.jamanetwork.com/). Journals.

Declaration of Montreal. Declaration that access to pain management is a fundamental human right. Viitattu 8.3.2014. [Http://www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org). IASP, Advocacy, Declaration of Montreal.

Djukanovic, I., Carlsson, J. & Peterson, U. 2016. Group Discussions with structured reminiscence and a problem-based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people. Journal of Clinical Nursing 25, 992-1000. Viitattu 25.4.2016. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cochrane Wiley Online Library.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio. Keuruu: Duodecim, 245-251.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WSOY.

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita.

Haanpää, M. 2009. Kivunhoidon lainsäädäntö ja etiikka. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio. Keuruu: Duodecim, 508-513.

Haanpää, M. 2010. Krooninen kipu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.1.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti.

Haanpää, M. 23.8.2013. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Viitattu 13.3.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti.

Haavisto, M. 2011. Hankala potilas vai hankala sairaus — Tietoa huonosti tunnetuista pitkäaikaissairauksista. Finn Lectura.

Hagelberg, N. & Heiskanen, T. 2012. Kroonisen kivun hoidon kehittäminen perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 67 (36), 2461-2465. Lääkärin tietokannat - Duodecim. Viitattu 20.1.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Holma, S., Koivula, M. & Joronen, K. 2010. Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta. Hoitotiede 22 (4), 291-301.

IASP. International Association for the Study of Pain. Viitattu 31.1.2014. <http://www.iasp-pain.org/am/template.cfm?Section=Home>.

Jyväskylän yliopisto. MALLI tiedote ja suostumus tutkittaville 2012. Viitattu 30.1.2014. <https://www.jyu.fi>. Hallinto, Toimikunnat, Eettinen toimikunta, lausuntopyynnöt.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio. Keuruu: Duodecim, 76-103.

Kauppila, T., Sutela, A-M., Nieminen, A., Linna, N., Aaltonen, P., Lappalainen, M., Kotiranta, U. & Kotala, K. 2007. Kipulääkäri perusterveydenhuollossa: Vantaan malli. Kipuviesti 1, 46-49. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. <http://www.skty.org/>.

Ketola, T. & Ruski H. 2014. Pello 2020 – Prosessit organisaatiouudistuksessa. Raportti 26.9.2016. FCG Konsultointi Oy.

Kokko, R-L. 2007. Tulevaisuuden muistelu -palaveri —toiveikkuutta tuottava yhteistyömenetelmä. Viitattu 19.1.2015. <http://www.julkari.fi>. STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto Julkari, Terveys- ja hyvinvoinnin laitos THL, Yhteiskuntapolitiikka.

Koulurauha -aineisto. Lukuvuosi 2003-2004. Tulevaisuuden muistelu. Toim. R. Salovaara. Opetushallitus, Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja Sisäasiainministeriön Poliisiosasto. Viitattu 19.1.2015. <http://www.mll.fi/@Bin/22495/Tulevaisuuden+muistelu.pdf>.

Kuntaliitto. Arkeen Voimaa — Ryhmästä tukea pitkäaikaissairausten oireiden hallintaan ja arjen sujuvuuteen. Viitattu 11.3.2014. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sote-kehittamisty/arkeenvoimaa/Sivut/default.aspx>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

L 30.12.2010/1326. Terveys- ja elämäntieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 16.1.2015. <https://www.finlex.fi>. Finlex, Lainsäädäntö, Ajantasainen lainsäädäntö.

Lapin Kipu ry. Etusivu. Viitattu 13.10.2014.
[Http://www.lapinkipupotilasyhdistys.com/](http://www.lapinkipupotilasyhdistys.com/).

Lapin Sairaanhoidopiiri. Akuutti kipu/potilasohje. Viitattu 18.4.2016.
[Http://www.lshp.fi](http://www.lshp.fi). Potilaille ja läheisille, Potilasohjeita/ohjeita.

Lapin Sairaanhoidopiiri. Kivunhoidon poliklinikka. Viitattu 18.4.2016.
[Http://www.lshp.fi](http://www.lshp.fi). Sairaanhoidopalvelut, Kivunhoito.

Lapin Sairaanhoidopiiri. Kivunhoidon suunnitelma/Potilasohje. Viitattu 18.4.2016.
[Http://www.lshp.fi](http://www.lshp.fi). Potilaille ja läheisille, Potilasohjeita/ohjeita.

Lapin Sairaanhoidopiiri. Kroonisen alaselkäpotilaan hoitoketju. Viitattu 4.2.2015.
[Http://www.lshp.fi](http://www.lshp.fi). Ammattilaisille, Hoitoketjut/Prosessikaaviot, Fysiatritia.

Lapin Sairaanhoidopiiri. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016. Päivitys vuosille 2014-2016. Lapin Sairaanhoidopiirin alueen jäsenkunnat. Viitattu 15.9.2014. [Http://www.lshp.fi/download.aspx?ID=9253&GUID=8d2e22fb-cc54-4d4f-b271-72c404fb8f1e](http://www.lshp.fi/download.aspx?ID=9253&GUID=8d2e22fb-cc54-4d4f-b271-72c404fb8f1e).

Lapin Sairaanhoidopiiri. Yleiset tiedot ja tunnusluvut. Viitattu 11.3.2014.
[Http://www.lshp.fi](http://www.lshp.fi). Sairaanhoidopiiri.

McGuire, B. E., Daly, P. & Smyth, F. 2010. Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and under-treated? *Journal of Intellectual Disability Research* 3, 54, 240-245. Viitattu 26.5.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Ebsco host, Cinahl.

Moda, E., Eiksson, T., Ortiz Bueno, M. J., Gay, B., Kersnick, J., Miftode, R., O Riordan, M. & Ram, P. 2011. The European definition of General Practice/Family Medicine. Viitattu 12.3.2014. [Http://www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org). Home, Definition of a GP/FM.

Monticone, M., Baiardi, P., Nava, T., Rocca, B. & Foti, C. 2011. The Italian version of the Sickness Impact Profile — Roland Scale for chronic pain: cross-cultural adaptation, reliability, validity and sensitivity to change. *Disability and Rehabilitation* 33, (15-16), 1299-1305. Viitattu 26.5.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Ebsco host, Cinahl.

Moseley, G. L. & Flor H. 2012. Targeting Cortical Representations in the Treatment of Chronic pain: A Review. *Neurorehabilitation & Neural Repair* 20, 1-7. Viitattu 20.1.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Ebsco host, Cinahl.

Mäkipää, S. & Hahtela, N. 2011. Tieto ja asiantuntijuus sairaanhoitajan työssä. Teoksessa *Sairaanhoitaja asiantuntijana — Hoitotyön vuosikirja 2011*. Toim. I. Ranta. Helsinki: Fioca, 34–42.

Partio, T. 13.4.2014. Kelan kuntoutusta sai jo lähes satatuhatta suomalaista. Tilastokatsaukset 2014. KELA. Viitattu 1.2.2015.
[Http://www.helda.helsinki.fi/](http://www.helda.helsinki.fi/). Helsingin Yliopiston digitaalinen arkisto, Kela, Tilastokatsaukset.

Pitkäkestoisen kivun tutkimus ja hoito. 15.5.2009. Lääkärin tietokannat. Kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali ja terveysministeriö. Viitattu 4.2.2015.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti.

Pöysti, T., Niiranen, A. & Haveri A. 14.8.2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu. Selvitystyöhanke. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Viitattu 20.4.2016.

[Http://julkaisut.valtioneuvosto.fi](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi). Valtioneuvoston julkaisuarkisto -Valto, Julkaisut.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.

SIP 2014. 18.11.2014. 5th SIP Symposium. Viitattu 7.4.2016.

[Https://www.sip-platform.eu/](https://www.sip-platform.eu/). Press, SIP 2014.

Skuladottir, H. & Halldorsdottir, S. 2011. The quest of well-being: Self-identified needs of women in chronic pain. Scandinavian Journal of Caring Sciences 25, 81-91. Viitattu 26.5.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Ebsco host, Cinahl.

Smits, M., Huibers, L., Bos, A. O. & Giesen, P. 2012. Patient satisfaction with out-of-hours GP cooperatives: A longitudinal study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 30, 206-213. Viitattu 14.10. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cinahl with full text on trial until 31 October.

SOTE -ennakointi – Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. 2011. Toim. M-L. Vesterinen. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Raportteja tutkimuksia 3. [Http://www.oph.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf](http://www.oph.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf).

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen — Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna:Tietosanoma.

Suomen Kipu ry. Viitattu 13.10.2014. .

[Http://www.suomenkipu.fi/](http://www.suomenkipu.fi/). Vertaistuki, Vertaisryhmät.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2006. Kivunhallinta. Jyväskylä: Duodecim.

Vainio, A. 2007. Nimeä vailla — kohtaamisia kivun kanssa. Helsinki: Kirjapaja.

Vainio, A. 2009a. Kroonisen kivun epidemiologia. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio. Keuruu: Duodecim, 64–74.

Vainio, A. 2009b. Kipu ja kieli. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio. Keuruu: Duodecim, 20–26.

Vainio, A. 2009c. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio. Keuruu: Duodecim, 27–37.

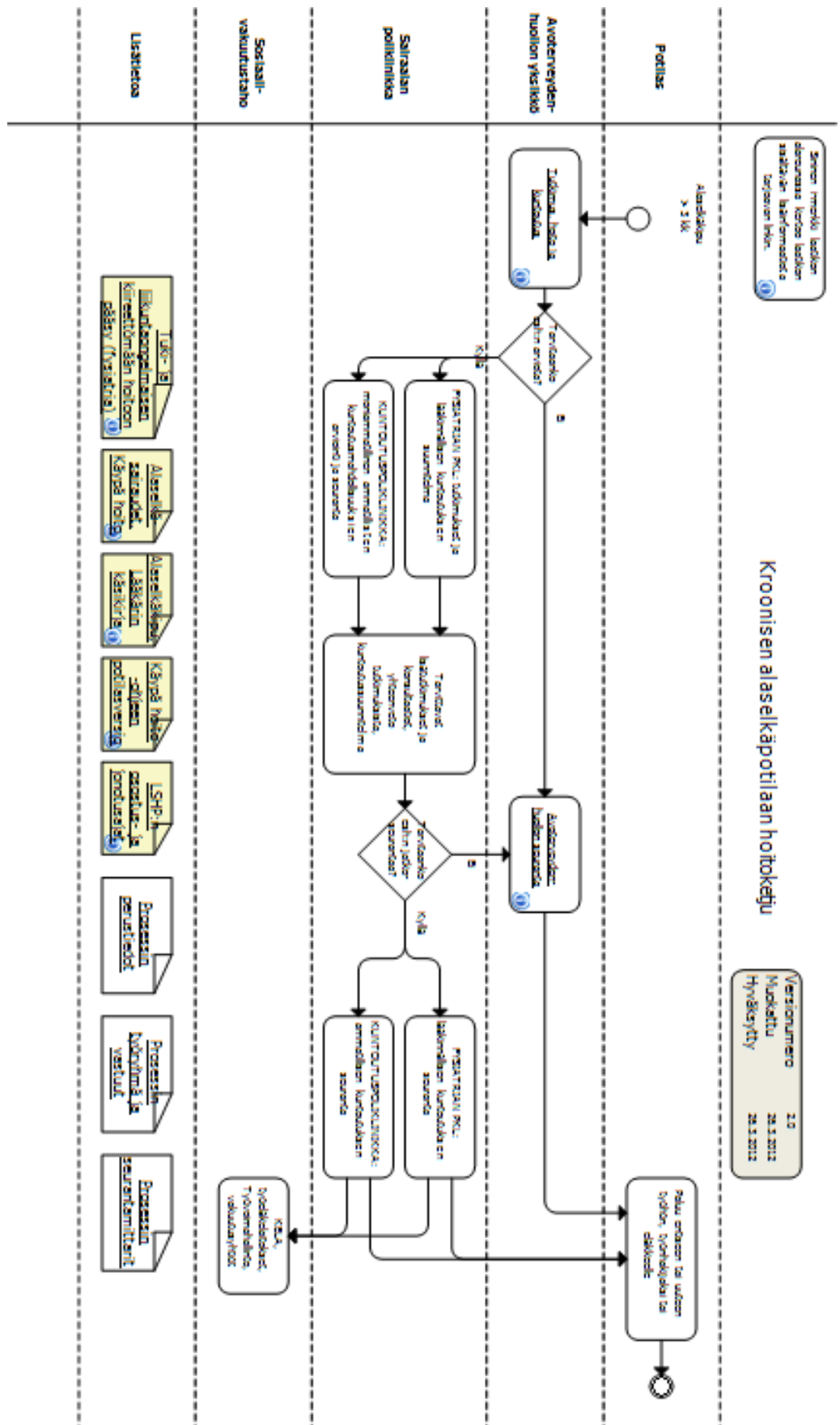
Vainio, A. 2009d. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kipu. Toim. E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio. Keuruu: Duodecim, 150–158.

Väestörekisterikeskus. 29.2.2016. Kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä. Viitattu 14.5.2016. [Http://vrk.fi/default.aspx?docid=9543&site=3&id=0](http://vrk.fi/default.aspx?docid=9543&site=3&id=0).

Walker, J. 2014. Shoulder pain — pathogenesis, diagnosis and treatment. Nursing standard January 29, 22, 51–58. Viitattu 26.5.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Ebsco host, Cinahl.

LIITTEET

Liite 1. Kroonisen alaselkäpotilaan hoitoketju (Lapin Sairaanhoitopiiri — Prosessi-kaaviot, Fysiatria)



Nimi	Kipulääkitys suunnitelma kotitutusvaiheessa:	Kivunhoidon suunnitelmaan tehdyt muutokset: (milloin, miksi ja kuka)
Sairaudet: _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Yliherkkyydet: _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Kivun paikka ja luonne: _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Kivun voimakkuus: (millä mittarilla mitattu) _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____	Päiväys: _____ Suunnitelman laatija: _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Liite 3. Saatekirje tutkimuksesta tutkittaville

Hei, olen sairaanhoitaja Heli Rousu ja opiskelen Jyväskylän Ammattikorkeakoulussa Kliinisen asiantuntijan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Koulutuksessa hankitaan valmiuksia vaativaan hoitotyön päätöksentekoon ja toimimaan kliinisen hoitotyön asiantuntijana eri työympäristöissä. Tutkintoni loppusuoralla teen opinnäytetyönä tutkimuksen kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden unelmista kivunhoidon jatkuvuuteen. Suomessa kivun hoito, sen diagnostiikka, ja jatkohoidon turvaaminen ovat perusterveydenhuollon tehtäviä. Erikoissairaanhoidon voidaan tehdä konsultaatio tai hoitovastuun siirtävä lähete, mutta jossakin vaiheessa hoitoprosessia potilas siirtyy takaisin perusterveydenhuoltoon. Jotta tämä hoidon jatkuvuus toteutuisi erikoissairaanhoidosta takaisin perusterveydenhuoltoon, haluaisin kysyä ja tutkia tätä asiaa teiltä, kroonisen kivun asiantuntijoilta.

Tulen vierailemaan Lapin Keskussairaalan Kivunhoidon yksikön organisoimissa suljetuissa kivunhallintaryhmissä, jotka kokoontuvat keväällä 2015 ja esittelemään itseni sekä tutkimukseni tarkoituksen. Mahdollisia kysymyksiä asiaan liittyen voidaan vierailukäynnillä esittää. Tällä saatekirjeellä haluan esitellä asiani ja toiveeni jo etukäteen. Tutkimuspäivä on eri päivä kuin vierailupäiväni ja siihen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavien henkilötietoja ei kerätä eikä niitä tulla missään vaiheessa tutkimusta käyttämään. Tutkittavista kerätään vain tiedot iästä ja sukupuolesta sekä tutkittavien lukumäärästä. Tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään tulevaisuudessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kivunhoidon jatkuvuuden kehittämässä. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Liitteenä on vielä erillinen tiedote tutkimuksesta sekä suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuvan on allekirjoitettava lomake ennen tutkimuksen aloittamista. Voitte palauttaa sen minulle postitse tai kun tulen esittelykäynnille ryhmäänne.

Ystävällisesti

Heli Rousu

email:

puh:

Liite 4. Tiedote ja suostumus tutkimukseen osallistuvalla (Jyväskylän Yliopisto – Eettinen toimikunta, muokattu)

Tutkimuksen nimi:

KIPU JATKUU, JATKUUKO HOITO?

– Kroonisen kipupotilaan unelmat hoidon jatkuvuudesta

TIEDOTE TUTKITTAVILLE JA SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Tutkijoiden yhteystiedot

Vastuullinen tutkija:

Heli Rousu (yhteystiedot poistettu)

Ohjaajat:

Johanna Heikkilä

Sinikka Holma

Marja Kiuru

Tutkimuksen taustatiedot

Tutkimus tehdään Lapin Sairaanhoidopiirin alaisuudessa Lapin Keskussairaalassa suljetuissa kivunhallintaryhmissä. Tutkimus on yksittäinen tutkimus, joka tehdään keväällä 2015. Tutkimuksessa ei käytetä ulkopuolista rahoitusta, vaan kaikki kulut menevät tutkimuksen tekijän varoista.

Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kahden syksyllä 2014 aloittaneen ja keväällä 2015 lopettavan suljetun kivunhallintaryhmän henkilöiden unelmia kivunhoidon jatkuvuudesta. Tavoitteena on potilaiden kivunhoidon jatkuvuuden unelmia selvittämällä tuottaa asiakaslähtöistä tietoa kivunhoidon jatkuvuuden kehittämiseksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Tutkimuksen käytännön merkitys kroonisesta kivusta kärsiville on riippuvainen tutkimuksen tulosten hyödynnettävyydestä ja hyödyntämisestä kivunhoidon jatkuvuuden kehittämisessä perusterveydenhuollossa.

Tutkimusaineiston käyttötarkoitus, käsittely ja säilyttäminen

Tutkimuksen aineistoa käytetään tämän tutkimuksen tuloksia varten. Tutkimuksen aineistoa ei käytetä opetustarkoituksessa, sitä ei hyödynnetä kaupallisesti, eikä sitä käytetä hallinnollisesti. Manuaalinen ja digitaalinen aineisto säilytetään tutkijan hallussa tutkimuksen aikana. Tässä tutkimuksessa manuaalisella aineistolla tarkoitetaan tutkimuksen tekijän muistiinpanoja tutkimustilanteista sekä tutkimuspäiväkirjaa. Digitaalinen aineisto koostuu tutkimustilanteiden nauhoittamisesta nauhureilla. Tutkimuksen aineiston jatkokäyttö Lapin Sairaanhoidopiirin omassa kivunhoidon kehittämisprojektissa on vielä avoin. Sekä manuaalista että digitaalista aineistoa säilytetään niin kauan, kunnes tutkimustyö on valmis tai on sovittu sairaanhoidopiirin tarpeesta aineiston jatkokäytölle. Aineiston jäädessä tutkijalle, se tuhotaan tutkijan toimesta.

Menettelyt, joiden kohteeksi tutkittavat joutuvat

Tutkittavat rekrytoidaan saatekirjeellä, tällä tiedotteella ja tutkijan omakohtaisella ennen tutkimusta suoritettavalla vierailulla ryhmissä. Kivunhallintaryhmän jäsenet ovat oman subjektiivisen kipunsa asiantuntijoita ja tarkoituksena on juuri asiakaslähtöisten unelmien esille saaminen. Tutkimuksen tekijällä ei ole ryhmäläisten yhteystietoja ja tutkija ei tiedä keitä nämä ihmiset ovat. Tutkijan työelämäohjaaja on kivunhallintaryhmien vetäjä, joka jakaa tai lähettää tiedotteet ryhmäläisille. Tutkija järjestää suljettuna kivunhallintaryhmän pitopäivänä työpajan, jossa Tulevaisuuden muistelu – menetelmää käyttäen saadaan esille unelmat kivunhoidon jatkuvuudesta perusterveydenhuollossa. Työpajat nauhoitetaan mahdollisimman laajan aineiston saamiseksi.

Tutkimuksen hyödyt ja haitat tutkittaville

Tutkimus on asiakaslähtöinen tutkimus, jossa kuunnellaan ja ollaan kiinnostuneita kroonisesta kivusta kärsivien ihmisten ajatuksista ja unelmista kehitettäessä ja suunniteltaessa toimenpiteitä kivunhoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja parantamiseksi. Tutkimuksesta ei ole haittaa tutkittaville. Tutkittavien henkilötiedot eivät ole tutkijan tiedossa ja henkilötietoja ei tulla käyttämään tutkimuksessa. Tutkimuksessa käytetään vain tietoja tutkittavien lukumäärästä, sukupuolesta ja iästä. Tutkimuksen menetelmät ovat turvallisia ja eivät aiheuta haittaa tutkittaville. Tutkimus tapahtuu sairaalan sisällä, joten tapaturman tai sairauskohtauksen sattuessa apu on lähellä, ja tutkija sekä tutkijan työelämäohjaaja ovat sairaanhoitajia.

Miten ja mihin tutkimustuloksia aiotaan käyttää

Tutkimus julkaistaan Theseus -julkaisuarkistossa, joka koostuu ammattikorkeakoulujen opinnäytetöistä ja julkaisuista. Julkaisuarkisto on julkinen tietokanta. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan opinnäytetyön tekijän eli tutkijan on tehtävä lehdistötiedote tutkimuksesta sekä esitettävä työ jossakin tilaisuudessa tai seminaarissa. Tutkija tulee esittämään työnsä myös omassa terveyskeskuksessaan. Tutkimuksen osallistujat näkevät tutkimuksen tulokset esimerkiksi Theseus – julkaisuarkistosta. Lapin Sairaanhoidopiiri ei ole vielä tuonut esille halukkuuttaan tutkimuksen

julkaisemisesta tai esittämisestä. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä kipupotilaan hoidon jatkuvuudessa.

Tutkittavien oikeudet

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavilla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja keskeyttää osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ilman että siitä koituu heille haittaa tai seuraamuksia. Tutkimustapahtuma, siihen liittyvät järjestelyt ja tulosten raportointi ovat luottamuksellisia. Tutkittavien henkilökohtaisia tietoja ei käytetä. Tässä tutkimuksessa ikä ja sukupuoli sekä ryhmäläisten lukumäärä halutaan tuoda tilastollisesti esille tutkimusten tuloksissa. Tulokset julkaistaan opinnäytetyössä siten, että kukaan tutkimustyöpajojen ulkopuolinen henkilö ei voi tunnistaa yksittäistä tutkimukseen osallistujaa. Tutkija ei vastaa siitä, jos tutkimukseen osallistujat kertovat tutkimuksesta, siihen osallistumisesta tai sen tapahtumista jollekin ulkopuoliselle henkilölle. Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus saada tietoa tutkimuksesta tutkijalta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

Vakuutukset

Potilaat ovat Lapin Sairaanhoidopiirin vakuuttamia talon sisällä tapahtuvassa toiminnassa. Kummankin ryhmän yhtenä kivunhallintaryhmän tapaamiskertana pidetään tämän tutkimuksen työpaja.

Tutkittavan suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön, kerättävän tutkimusaineiston käyttöön, tutkittaville aiheutuviin mahdollisiin haittoihin sekä tutkittavien oikeuksiin ja vakuutusturvaan. Suostun osallistumaan tutkimukseen annettujen ohjeiden mukaisesti. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää osallistumiseni tai kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Tutkimustuloksiani ja kerättyä aineistoa saa käyttää ja hyödyntää sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa. Näitä suostumuksia on kaksi kappaletta, toinen tutkittavalle ja toinen tutkijalle.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus